

Comprendre et accompagner les femmes enceintes consommant des drogues illégales et/ou de l'alcool

Une revue de littérature étoffée

Travail de bachelor

Par

Felber Tea

Promotion 2009-2012

Sous la direction de Madame Catherine Gasser

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Le 8 octobre 2012

Résumé

Problématique : l'utilisation de drogues et d'alcool en période prénatale peut avoir des effets délétères sur le fœtus et sur la grossesse. Souvent, la consommation de substances pendant cette période est associée à d'autres facteurs psychosociaux susceptibles de compromettre la santé maternelle et fœtale. De plus, les femmes enceintes qui consomment des substances toxiques sont souvent réticentes à avoir recours aux soins et à maintenir un suivi thérapeutique. La prise en charge de cette population est donc complexe. Les infirmier-e-s peuvent être dans la position d'accompagner les femmes dépendantes pendant la période prénatale et de les aider à apporter des changements de comportement.

But : cette revue de littérature a deux objectifs : 1) Mettre en évidence les problématiques associées aux femmes enceintes ayant des troubles liés à une ou à plusieurs substances. 2) Faire ressortir des stratégies d'intervention pouvant guider les soignants dans l'accompagnement de cette population.

Méthode : une recension des données a été effectuée. 10 recherches ont ensuite été sélectionnées dans la banque de données Pubmed ainsi que d'autres références bibliographiques. Elles ont été analysées à l'aide d'une grille de lecture critique. Les résultats ont été catégorisés par thématique et ensuite mis en lien avec des cadres de référence théoriques.

Résultats : les résultats mettent en évidence les thèmes suivants : 1) les problématiques associées à cette population : l'auto-évaluation de soi, le passé turbulent et l'entourage social, d'autres aspects bio-psycho-sociaux (la pauvreté, l'alimentation, les comorbidités psychiatriques, etc.), les obstacles aux soins et l'expérience de la grossesse. 2) Les soins et les stratégies d'intervention pour accompagner cette population : les attitudes aidantes des soignants, l'information, les systèmes de soins intégrés et l'interdisciplinarité, les soins à domicile, les groupes de soutien et le système de bons d'échange du *Contingency Management*. Ceux-ci peuvent être des stratégies d'intervention efficaces.

Discussion : les résultats sont mis en lien avec les cadres théoriques. Des stratégies d'intervention sont exposées, ainsi que les limites de la revue de littérature.

Mots-clés : *Prenatal care, Nursing, Substance Related Disorder, Pregnancy, Pregnant Women, Heroin Dependence, Comprehensive Health Care, Patient Care Team*

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de travail, Madame Catherine Gasser, pour m'avoir guidée et conseillée pendant la rédaction de cette revue de littérature. Je remercie énormément mes parents et mes sœurs pour m'avoir soutenue et encouragée pendant ces derniers mois. Sans vous, ce travail aurait été irréalisable.

Merci à Aurélie Pérritaz et Alberto Camenzind pour avoir corrigé mon travail.

Merci à Pixie, mon loyal labrador, pour avoir été un fidèle et silencieux accompagnateur dans mes nombreuses promenades à la recherche de l'inspiration.

Merci aussi à tous ceux rencontrés sur la route qui m'ont donné des précieuses informations et indications.

Table des matières

1. Problématique	6
1.1. Question de recherche	11
1.2. Objectifs et buts poursuivis	11
2. Concepts et cadres de référence	11
2.1. Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues ou d'alcool	12
2.2. Grossesse et consommation de substances toxiques	14
2.2.1. Stimulants et grossesse	15
2.2.2. Cannabis et grossesse	15
2.2.3. Opiacés et grossesse	16
2.2.4. Alcool et grossesse	17
2.3. Le travail interdisciplinaire	17
2.4. L'interactionnisme	22
2.5. Le processus de changement et la prévention de la rechute	23
3. Méthodologie	26
3.1. Choix du devis	26
3.2. Critères d'inclusion	27
3.3. Critères d'exclusion	27
3.4. Termes Mesh	28
3.5. Résultats des stratégies de recherche	28
3.5.1. 1 ^{ère} stratégie	28
3.5.2. 2 ^{ème} stratégie	29
3.5.3. 3 ^{ème} stratégie	29
3.5.4. 4 ^{ème} stratégie	29
3.5.5. 5 ^{ème} stratégie	29
3.5.6. 6 ^{ème} stratégie	30
3.5.7. 7 ^{ème} stratégie	30
3.5.8. 8 ^{ème} stratégie	30
3.5.9. 9 ^{ème} stratégie	31
3.6. Diagramme Prisma Flow	32
4. Résultats	33
4.1. Méthodologie des recherches	33
4.2. La complexité de l'univers des femmes enceintes qui consomment des drogues et/ou de l'alcool	35
4.2.1. Le sentiment de culpabilité et la faible estime de soi	36
4.2.2. Le passé et l'entourage social	37
4.2.3. Autres aspects bio - psycho – sociaux	38
4.2.4. Obstacles et réticences aux soins	40
4.2.5. L'expérience de la grossesse	42

4.3. Les soins et les stratégies d'intervention qui facilitent l'accompagnement	44
4.3.1. Les attitudes aidantes des professionnels de la santé	44
4.3.2. L'information	46
4.3.3. Les systèmes de soins intégrés et la multi -/interdisciplinarité.....	46
4.3.5. Les soins à domicile	49
4.3.6. Les groupes de soutien.....	50
4.3.7. Le « contingency management » : le système avec les bons d'échange	51
5. Discussion	51
5.1. Analyse et regard critique des recherches sélectionnées.....	52
5.2. Synthèse des résultats.....	53
5.3. Discussion des résultats	54
5.3.1. Liens avec l'approche interactionniste	54
5.3.2. Lien avec l'interdisciplinarité	57
5.3.3. Liens avec le processus de changement et la prévention de la rechute.....	60
5.4. Réponse aux questions de recherche	63
6. Limites de la revue de littérature étoffée.....	65
Conclusion.....	66
Bibliographie	68
Annexe A : Déclaration d'authenticité	75
Annexe B : Le processus de changement.....	76
Annexe C : Concept <i>face-work</i> (la théorie des faces).....	77
Annexe D: Grilles d'analyse critique.....	78
Recherche 2.....	86
Recherche 3.....	93
Recherche 4.....	98
Recherche 5.....	108
Recherche 6.....	114
Recherche 7.....	119
Recherche 8.....	125
Recherche 9.....	134
Recherche 10.....	142

Introduction

En parcourant la littérature scientifique au sujet de l'utilisation de drogue et alcool pendant la grossesse, l'auteure s'est rendue compte que la majorité des chercheurs s'intéresse à la prise en charge strictement pharmacologique, aux conséquences de cette problématique ou à la prise en charge du bébé à la naissance. Il paraît évident que pour essayer de résoudre une problématique, il vaut mieux agir à la base de celle-ci. L'idée de trouver des stratégies d'intervention pour mieux accompagner cette population à travers la grossesse est donc née.

Cette revue de littérature étoffée a pour but de répondre à une question de recherche en lien avec la problématique. Dans un premier temps, ce travail se concentre sur la mise en évidence de la problématique et sur les apports théoriques. Après avoir détaillé le processus méthodologique, 10 recherches seront analysées. Les résultats issus seront ensuite catégorisés et exposés. Dans la discussion, les résultats seront analysés selon les cadres théoriques choisis et développés précédemment. Des stratégies d'intervention seront ensuite formulées. Les limites de cette revue de littérature seront énoncées.

1. Problématique

L'abus de substances pendant la grossesse est un problème de santé publique majeur (Kissin, Svikis, Morgan & Haug, 2001 ; Fiocchi & Kingree, 2001). La consommation de drogue ou d'alcool en période prénatale peut avoir des conséquences délétères, pour la mère et pour le fœtus (Abrahams et al., 2012; Minnes, Lang & Singer, 2011 ; Winklbaur. et al., 2008). Les métabolites des substances telles que l'alcool, la cocaïne, les opiacés, les amphétamines et le cannabis, traversent la barrière placentaire et entrent dans la circulation sanguine du fœtus. Plusieurs facteurs influencent les conséquences de l'abus de substance : le type de substance, la dose, la fréquence, le stade de développement du fœtus, l'alimentation (Minnes, Lang & Singer, 2011). Les conséquences peuvent être l'avortement spontané, la pré-éclampsie, la rupture

placentaire, un retard de la croissance intra-utérine, le syndrome de sevrage néonatal et un retard du développement moteur et cognitif (Day & George, 2005 ; Minnes, Lang & Singer, 2011 ; Shieh & Kravitz, 2006).

La problématique de la consommation de substances pendant la grossesse, n'est pas uniquement liée aux conséquences directes de la substance même ; en effet, une multitude d'autres comportements à risque susceptibles de nuire au fœtus sont associés. Il s'agit d'une population qui peut vivre dans la précarité, qui est souvent atteinte de comorbidités psychiatriques, qui a un entourage social pauvre, qui a une histoire personnelle difficile, qui est soumise à un stress élevé et qui est fréquemment exposée à la violence (Winklbaaur et al., 2008 ; Howell & Chasnoff, 1999). Une étude a exploré les caractéristiques des femmes enceintes ayant une consommation de drogue : 62% n'avaient pas terminé leurs études secondaires et 75% étaient au chômage (Hatters Friedman, Heneghan, & Rosenthal, 2009). Il faut ajouter aux problèmes psychosociaux, les risques somatiques auxquels elles sont exposées, tels que les maladies sexuellement transmissibles (Hépatites, HIV, syphilis), les abcès dus aux injections intraveineuses, l'endocardite et la malnutrition (Minnes, Lang & Singer, 2011; Day & George, 2005 ; Winklbaaur et al., 2008). De plus, très souvent la consommation d'une drogue est associée à d'autres substances, telles que l'alcool, le tabac, les benzodiazépines, les hypnotiques, les analgésiques ou d'autres drogues illicites (Lejeune, Simmat-Durand, Gourarier & Aubisson, 2006 ; Winklbaaur et al., 2008 ; Minnes, Lang & Singer, 2011). On parle alors de polyconsommation. Cependant, ce travail va cibler les femmes enceintes qui consomment majoritairement des drogues et l'alcool.

La grossesse lorsque la femme consomme des substances telles que des drogues ou de l'alcool comporte donc un ensemble de problématiques complexes touchant toutes les dimensions bio-psycho-socio-culturelles. Une caractéristique est très commune chez cette population: elles n'ont pas recours aux soins (prénataux ou pour la dépendance) ou elles n'arrivent pas à maintenir le suivi thérapeutique (Wong, Ordean & Kahan, 2011 ; Winklbaaur et al., 2008). Selon une étude qui a exploré les raisons pour lesquelles les femmes enceintes ne demandent pas des soins prénataux, le 30% était constitué par des femmes

avec des troubles liés à une substance (Hatters Friedman, Heneghan, & Rosenthal, 2009). Majoritairement, les raisons pour lesquelles elles sont réticentes à s'engager dans les soins, que ce soit les soins prénataux ou pour la dépendance, sont : la peur d'être jugées par les professionnels de la santé, la culpabilité et le déni de la grossesse (Day & George, 2005 ; Hatters Friedman, Heneghan, & Rosenthal, 2009). Une autre raison pour laquelle elles sont réticentes à avoir recours aux soins est le cadre juridique du pays où a lieu la prise en charge ; en effet, elles craignent que, en entrant en contact avec les professionnels, ces derniers les dénoncent aux autorités et que la garde des enfants leur soit enlevée (Hatters Friedman, *ibid.*). Plusieurs études ont démontré les bénéfices des soins prénataux pour cette population. En effet, ceux-ci diminuent les conséquences négatives de la consommation de substance en période prénatale et peuvent servir de point d'accès pour cibler d'autres interventions, telles que l'éducation à la santé, à l'alimentation, aux compétences parentales et le traitement des troubles liés à une substance (Shieh & Kravitz, 2006).

Estimer l'incidence de la consommation de drogue pendant la grossesse n'est pas chose évidente ; beaucoup de femmes enceintes n'en parlent pas à cause de la peur d'être jugées mais aussi à cause du caractère illicite des drogues. Selon Addiction Suisse, en 2007 14.8% des femmes suisses avaient déjà consommé du cannabis, 0.4 % de l'héroïne et 1.7% de la cocaïne. Ces chiffres ont été comparés aux années 1999 et 2004, et montrent une augmentation inquiétante surtout pour le cannabis (Addiction Suisse, 2009). Selon De Vaucelles (2010), sage-femme suisse, 10-30% des femmes enceintes consomment du cannabis pendant la grossesse. Concernant la portée de cette problématique dans d'autres pays, une étude française estime l'incidence de l'utilisation d'héroïne pendant la période prénatale entre 500 et 2500 par année (Brulet et al., 2007). Aux Etats-Unis, l'incidence de la consommation de drogues illicites pendant la grossesse est estimée à 2.8–7% de femmes enceintes (Chang et al., 2008). Cette étude cite une recherche faite par le General Accounting Office des Etats-Unis, qui estime que 100,000 - 375,000 femmes par année consomment des substances illicites en période prénatale. En 2002, le National Institute on Drug Abuse estime la prévalence de la

consommation de drogues illicites pendant la grossesse à 5,5% des femmes enceintes (Jones et al., 2001). Ces chiffres ne sont que des estimations, pour les raisons expliquées auparavant. En effet, deux emails reçus en réponse à la question « Où trouver des chiffres concernant l'incidence de la consommation de drogues pendant la grossesse ? » ont confirmé ce manque de chiffre en Suisse : la problématique des drogues illégales consommées pendant la grossesse est peu explorée par rapport au tabac ou à l'alcool, et les enquêtes la sous-estimeraient car la plupart des femmes n'en parlent pas. De plus, cette population souvent marginalisée est difficilement atteignable par des enquêtes (Addiction Suisse et Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 2012).

Dans ce travail, les troubles liés à une substance chez la femme enceinte incluent la consommation d'alcool. Ce qui différencie la prise d'alcool de la prise de drogue est la représentation de la société face à l'alcool. En effet, dans les sociétés occidentales, la consommation d'alcool fait partie intégrante de la vie sociale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la région européenne a la plus grande consommation d'alcool dans le monde, et la consommation par habitant est deux fois plus élevée que la moyenne mondiale ; l'Europe a les taux les plus élevés de mortalité et morbidité dus à l'alcool et les coûts sociaux sont plus élevés que ceux liés aux drogues (OMS, 2000). Jusqu'aux années 90, les femmes avec une consommation à risque (plus de 20 grammes d'alcool par jour) étaient nettement en minorité comparé aux hommes (OMS, 2000). Selon l'OFSP (2011), 140'000 femmes, soit 4,4 % de la population suisse, ont une consommation à risque. De plus, les états d'ivresse chez les jeunes en âge de procréer ont augmentés, ce qui rend la problématique de l'alcool pendant la grossesse encore plus inquiétante. La majorité des femmes (env. 60%) arrête de boire de l'alcool dès qu'elles découvrent qu'elles sont enceintes, mais il y en a qui continuent à boire considérablement. Chaque année, en Suisse, 5000 enfants naissent avec des dommages dus à l'alcool, c'est-à-dire que 7.5 % des enfants nés vivants et ceux présentant le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) vont de 2 à 3 pour 1000 naissances (OFSP, 2010). Pour ce qui concerne les autres pays occidentaux, aux Etats-Unis les bébés qui naissent avec le SAF constituent le 0.2-1.5 pour 1000 naissances ; au Canada ce chiffre va de 1 à 3 pour 1000 naissances. La France détient les chiffres les plus inquiétants, avec

un enfant atteint de SAF toutes les 200 - 300 naissances, variant selon la région (Collignon, 2004).

Après ces considérations, il est évident que la prise en charge adéquate des femmes enceintes ayant des troubles liés à une substance est primordiale mais complexe (Winklbaaur, B. et al., 2008) ; souvent, les professionnels de la santé n'ont pas assez de connaissances sur le sujet pour offrir des interventions adéquates à cette population (Wong, Ordean & Kahan, 2011). Des recherches ont démontré qu'en impliquant ces futures mères dans les soins, les risques pour la grossesse et pour le fœtus diminuent (Shieh & Kravitz, 2006 ; Wong, Ordean & Kahan, 2011). Plusieurs recherches soulignent le manque d'indications précises pour la prise en charge de cette population et souvent les études ne traitent qu'une problématique, et non l'ensemble des difficultés (Winklbaaur et al., 2008). L'intérêt clinique et économique à trouver des pistes d'action efficaces et spécifiques pour accompagner les femmes dépendantes pendant la grossesse est évident. Vue la réticence de cette population à entrer en contact avec le réseau sanitaire, les infirmier-e-s peuvent être confrontés à cette problématique dans plusieurs domaines de soins ; il est important de savoir comment accompagner cette population, d'avoir des pistes d'action efficaces pour favoriser la compliance dans le suivi thérapeutique, d'être conscients des problématiques sous-jacentes et de savoir quelles attitudes adopter. De plus, aider ces personnes signifie d'abord comprendre ce qu'elles vivent, saisir la complexité de leur univers. En ayant une compréhension et une vision plus complète des caractéristiques de cette population, les professionnels de la santé peuvent répondre plus efficacement à leurs besoins (Hatters Friedman, Heneghan, & Rosenthal, 2009).

Le terme *toxicomanie et toxicomane* est encore largement retrouvé dans la littérature. Néanmoins, ce mot peut, selon certains auteurs, être chargé de représentations sociales négatives. En effet, l'OMS a remplacé ce terme avec *pharmacodépendance*. Cependant, ce terme comprend aussi l'effet de dépendance que certains médicaments entraînent, mais qui ne constitue pas un abus de drogues illégale (OMS, 2003). Pour des raisons de style littéraire et pour éviter de rendre redondant et difficilement lisible ce travail, l'auteure a

choisi d'utiliser les termes suivant : consommation de substance, abus de substance, dépendance à une substance, troubles liés à une substance, consommation de drogues et / ou d'alcool. Etant donné que dans ce travail la différence entre abus et dépendance ne va pas être faite, tous les termes cités auparavant vont être intercalés, sauf si les recherches font la différence entre les deux modes de consommation ou entre les substances utilisées.

1.1. Question de recherche

Cette revue de littérature comprend une question de recherche se composant de deux parties. « En prenant connaissance des problématiques associées aux femmes enceintes qui consomment des drogues illégales ou de l'alcool, quelles stratégies d'intervention infirmières favorisent l'accompagnement de ces femmes? ».

1.2. Objectifs et buts poursuivis

Aider cette population signifie d'abord comprendre ce qu'elle vit pour pouvoir mieux répondre à ses besoins. Donc, le premier objectif de cette revue de littérature étoffée est de mieux comprendre le vécu des femmes enceintes qui consomment de la drogue et/ou de l'alcool, en saisissant la complexité de leur vécu. Le deuxième objectif est de mettre en évidence des stratégies d'intervention infirmière optimales pour pouvoir accompagner ces patientes pendant la période prénatale.

2. Concepts et cadres de référence

Dans un premier temps, les concepts théoriques suivants ont pour but de mieux saisir la problématique en lien avec la question de recherche. A travers des éléments théoriques l'auteure veut mieux comprendre les critères diagnostics des troubles liés à une substance et des effets des drogues et de l'alcool sur la grossesse. Deuxièmement, les cadres théoriques vont aider à l'analyse des résultats. Ceux-ci comprennent le travail interdisciplinaire, l'interactionnisme, le processus de changement et la prévention de la rechute.

2.1. Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues ou d'alcool

Selon l'American Psychological Association (APA, 2003, cité par Perrinjaquet, s.d.), les troubles liés à l'utilisation d'une substance peuvent se présenter sous différentes formes : l'abus et la dépendance. Les troubles induits par une substance sont l'intoxication et le sevrage. Dans ce travail, la différence entre abus et dépendance ne sera pas faite, car dans n'importe quel mode de consommation, toute consommation de substance (ici alcool et drogue) peut avoir des conséquences néfastes sur la grossesse et sur le fœtus.

Les critères diagnostiques de l'abus d'une substance, selon l'APA (2003) cité par Perrinjaquet (s.d.) :

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison.
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
5. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance

L'APA (2003), cité par Perrinjaquet (s.d.) définit ainsi les critères diagnostiques de la dépendance à une substance :

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
2. Sevrage caractérisé par l'un ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (...)
 - b. La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante pendant une période plus prolongée que prévu
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances)
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par ex., poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne ou poursuite de la prise boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

Les critères diagnostiques du syndrome de sevrage, selon APA (2003) :

1. Développement d'un syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée et massive de cette substance.
2. Le syndrome spécifique de la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
3. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental

2.2. Grossesse et consommation de substances toxiques

L'aménorrhée étant fréquente chez la femme qui consomme des drogues, la découverte de la grossesse se fait souvent tardivement. Les états de fatigue, les nausées et les vomissements sont parfois confondus avec des symptômes de sevrage, ce qui fait augmenter la prise de drogue. Pour cette raison, dans certain cas recourir à l'avortement n'est pas possible, même si souhaité (Franchitto, Payrefort, Tellier, s.d.). Pour rappel, en Suisse une femme peut avorter pendant les 12 semaines qui suivent le début de ses dernières règles, selon l'art.119 du Code Pénale suisse (Code Pénal suisse, 2001).

La grossesse chez la femme qui consomme des substances toxiques est considérée comme une grossesse à risque. En plus des conséquences directes des drogues sur la physiologie de la grossesse et sur le développement du fœtus, qui seront exposées par la suite, les conséquences néfastes de cette consommation sont aussi liées à tous les aspects psychosociaux auxquels cette population est confrontée. Un mauvais état nutritionnel et hygiénique, l'exposition accrue à la violence, aux maladies sexuellement transmissibles (Hépatites, HIV, ...) et aux infections sont les facteurs les plus récurrents. De plus, le schéma qui apparaît souvent chez les femmes enceintes qui consomment des substances est celui de l'abus de plusieurs drogues ou de la combinaison alcool - drogue : la polyconsommation (Lejeune, Simmat-Durand, Gourarier & Aubisson, 2006 ; Winklbaur et al., 2008 ; Minnes, Lang & Singer, 2011). La période prénatale chez ces femmes nécessite une prise en charge

spécifique afin de diminuer la consommation de substance, dans le but d'éviter des complications maternelles et fœtales.

L'auteure a exploré les effets sur la grossesse des substances les plus utilisées dans la société occidentale.

2.2.1. Stimulants et grossesse

La famille des drogues stimulantes comprend la cocaïne et les amphétamines. La cocaïne peut se présenter sous forme de poudre ou de liquide à injecter, le crack. Dans n'importe quelle forme prise, cette substance est un puissant vasoconstricteur ce qui diminue le débit sanguin et l'apport en oxygène chez le fœtus. Les conséquences sur la grossesse sont l'accouchement prématuré, la rupture placentaire, la mort fœtale, un retard de croissance intra-utérine, un poids faible à la naissance et des anomalies congénitales (Fiocchi & Kingree, 2001 ; Minnes, Lang & Singer, 2011). La cocaïne est connue pour avoir des effets anorexigènes et stimulants ; ces effets causent une négligence envers l'alimentation et le repos, des besoins physiologiques de base (Shieh & Kravitz, 2002).

2.2.2. Cannabis et grossesse

Il s'agit de la drogue la plus utilisée pendant la grossesse. Fried and Smith (2001, cités par Minnes, Lang & Singer, 2011) ont exploré les conséquences d'une utilisation prénatale majeure à cinq joints par jours; ce qui en résulte est l'hypertélorisme oculaire (écartement anormal entre les globes oculaires) et l'épicanthus (ou pli épicanthique). Cependant, les chercheurs pensent qu'il est possible que ces dysmorphies faciales soient dues à la consommation d'alcool, très fréquente chez les consommateurs de cannabis. Des légers symptômes de sevrage chez le bébé peuvent apparaître à la naissance (Minnes, Lang & Singer, 2011). A long terme, les conséquences fœtales de la consommation de cannabis peuvent se manifester en troubles mnésiques, difficulté dans la résolution des problèmes, impulsivité, troubles de l'attention (Minnes et al., *ibid.*). Au niveau comportemental et émotionnel, les conséquences à long terme peuvent être une prédisposition à des symptômes dépressifs et un risque augmenté de consommation de cannabis et tabac (Minnes et al., *ibid.*).

2.2.3. *Opiacés et grossesse*

La consommation d'héroïne pendant la grossesse est associée à une réduction de la croissance fœtale, ce qui se traduit par un poids faible à la naissance, une circonférence crânienne diminuée, une prématurité et un risque accru de mort fœtale. L'exposition prénatale aux opiacés a un impact défavorable sur le Système Nerveux Central (SNC) et le Système Nerveux Autonome (SNA) du bébé et peut causer le Syndrome d'Abstinence Néonatal : hypertonie musculaire, irritabilité, inconsolable, éternuements, congestion nasale, succion excessive ou capacité de succion faible et pleurs aigus (Minnes, Lang & Singer, 2011 ; Day & George, 2005). Le Syndrome d'Abstinence Néonatale peut se présenter chez 70-95% des bébés nés de mères dépendantes aux opiacés (Winklbaaur et al., 2008).

L'abus de substance pendant la grossesse a aussi des causes indirectes sur le fœtus. Par exemple, la cocaïne, l'héroïne, le cannabis et le tabac causent une vasoconstriction, ce qui provoque une réduction de l'apport en oxygène chez le fœtus (Minnes, Lang & Singer, 2011.). Aussi, l'insuffisance nutritionnelle, le manque d'hygiène général, les échanges d'aiguilles et la dilution de l'héroïne avec d'autres substances peuvent indirectement causer des dommages au fœtus.

Le traitement de substitution à la méthadone est généralement donné, même si son utilisation pendant la grossesse est controversée. En effet, celui-ci a des effets potentiellement tératogènes (Winklbaaur et al., 2008). Cependant, plusieurs études montrent que la prise de méthadone pendant la grossesse est associée à des meilleurs résultats sur la grossesse et sur le fœtus. Effectivement, avec un traitement de substitution, la femme est intégrée dans un suivi thérapeutique et les risques associés à la prise d'héroïne peuvent être évités (Nacache, Cherrih, Darreye & Lejeune, 2009 ; Winklbaaur, B. et al., 2008).

2.2.4. Alcool et grossesse

L'exposition prénatale à l'alcool peut causer des malformations congénitales et des troubles cognitivo - comportementaux au fœtus. L'ensemble de ces différentes conséquences tératogènes s'appelle FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*, spectre des troubles liés à l'alcoolisation fœtale), allant des formes légères dénommées EAF (Effet de l'Alcool sur le Fœtus) jusqu'à la forme la plus grave : le SAF (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale), la cause la plus fréquente de déficience intellectuelle dans la société occidentale (Ismail, Buckley, Budacki, Jabbar & Ian Gallicano, 2010).

En se dégradant, l'alcool se transforme en acétaldéhyde, substance très toxique capable de traverser la barrière placentaire. L'embryon, n'ayant pas le foie assez développé, il ne peut pas métaboliser cette substance (Gasser, 2010). Les conséquences neurologiques, psychologiques et cognitives sont dues à l'atteinte du SNC et du cerveau, structures qui se développent pendant toute la gestation et qui sont donc très à risque (Pullen, 2004). L'effet tératogène de l'alcool est responsable d'une importante désorganisation au niveau cérébral, avec défaut de migration des neurones. Les troubles seront observés au moment où les zones déficitaires sont sollicitées (ex : troubles du langage, moteurs, etc.). Les conséquences peuvent être multiples : déficience intellectuelle avec un QI inférieur à 70 dans 50% des cas, troubles du langage, difficulté d'abstraction, troubles de la mémoire spatio-temporelle et verbale, difficulté d'apprentissage, troubles de l'attention et troubles des facultés d'adaptation et des conduites sociales (Gasser, 2010). Un enfant atteint de SAF doit présenter au moins ces trois caractéristiques : trois dysmorphies faciales, déficit de croissance et atteinte du SNC (Centers for Disease Control and Prevention, 2011)

2.3. Le travail interdisciplinaire

Aujourd'hui, on retrouve fréquemment dans la littérature la notion d'interdisciplinarité. Avant de développer cette approche, il est nécessaire de

scinder le mot « interdisciplinaire », expliquer la discipline et distinguer les différents préfixes : « multi », « pluri », « intra » et « trans ».

Selon Rege Colet (2002), cité par Formarier (2004), « les disciplines évoluent autour de connaissances et de savoirs scientifiques, alors que les professions exploitent ces savoirs pour en déduire des compétences ou des attitudes.» (p 35). Selon Fortier (2002), la discipline est plutôt autonome, elle tend à s'isoler dans son langage, ses concepts et ses théories.

La multidisciplinarité est une juxtaposition, un assemblage des savoirs des différentes disciplines, sans une volonté prononcée d'établir des liens formels afin de partager des connaissances (Bulliard Verville, 2011). Chacun des professionnels experts dans leur domaine apporte ses clarifications sur un sujet, donne sa contribution à la discussion, et il repart avec ses idées inchangées (Fortier, 2002). Il s'agit donc d'une collaboration afin d'organiser le travail ; par exemple, une rencontre rapide ou une conversation téléphonique entre médecin et infirmier-e fait partie de la multidisciplinarité.

En travail pluridisciplinaire, l'équipe adopte une utilisation combinée des différentes disciplines, dans un souci d'efficacité mais sans vraiment construire ensemble des réponses aux problématiques (Bulliard Verville, 2011 ; Voyer 2000).

La transdisciplinarité apparaît lorsque les interactions de certaines disciplines sont tellement essentielles qu'une nouvelle discipline se crée (Bulliard Verville, 2011). C'est le cas de la psychosociologie ou la gérontologie sociale.

Ces éclaircissements permettent maintenant de comprendre le concept d'interdisciplinarité, quand il est souhaité et quand il est nuisible.

L'interdisciplinarité va bien au-delà de la collaboration et de l'exploitation des savoirs de chaque discipline, c'est une approche qui exprime la dynamique entre les différentes disciplines ; elles entrent en synergie, pour potentialiser leurs efforts afin de réaliser un but commun. Parmi les

nombreuses définitions retrouvées dans la littérature, deux expliquent clairement le concept d'interdisciplinarité et ce qu'il implique. Selon Formarier (2004), il s'agit d'une «démarche volontaire de construction et d'organisation des savoirs et du réel pour aborder un objectif précis, résoudre un ou une famille de problèmes ». Le projet interdisciplinaire réunit plusieurs disciplines pour résoudre un problème complexe et il demande un investissement personnel. Selon Bulliard Verville (2011), « Préserver et promouvoir la santé dans ses composantes biologiques, psychologiques, sociales et culturelles, en vue d'aider à vivre les patients, les exclus, les précarisés supposent de tenir compte de nombreux facteurs et de mobiliser des compétences relevant de différents champs disciplinaires ». L'interdisciplinarité sous-tend donc une vision multidimensionnelle des besoins du patient. Il y a certaines situations où pratiquer l'interdisciplinarité est indispensable, car la complexité de la situation du patient est telle qu'une approche mono, multi ou pluridisciplinaire ne suffit pas pour atteindre un but et trouver des solutions, des actions censées et organisées. C'est pourquoi l'interdisciplinarité est utilisée dans les services de réadaptation, dans les soins palliatifs, avec les personnes avec des dépendances aux drogues et à l'alcool ou encore dans les services pour les grands brûlés ou les paraplégiques.

Pour construire un projet interdisciplinaire, selon Formarier (2004) deux étapes sont nécessaires : l'organisation des savoirs et l'organisation du travail. Dans la première étape, l'équipe interdisciplinaire est appelée à «définir les disciplines concernées, fixer des objectifs communs, se mettre d'accord sur le socle conceptuel, préciser les interactions et participations de chacun, identifier les méthodes de travail en privilégiant les méthodes systémiques plutôt qu'analytiques, prévoir les modalités d'évaluation » (p.15). Dans l'organisation du travail, l'équipe doit désigner un chef du projet, définir des modalités pratiques telles que le temps et le mode de communication, la répartition des tâches suivant les compétences de chaque discipline, la démarche dans la prise des décisions, l'autonomie de chaque intervenant par rapport aux objectifs communs (Formarier, 2004).

Selon Boucher et al. (1995) cité par Bulliard & Baeriswil (s.d.), le travail interdisciplinaire est utile, voir indispensable:

- Quand on l'utilise pour être plus efficace dans l'atteinte des résultats.
- Quand il aide à réaliser des buts communs.
- Quand il permet de résoudre des problèmes.
- Quand il favorise le support, la solidarité, l'entraide en période de difficulté.
- Quand il permet aux personnes de mieux se partager les tâches.
- Quand il vise les meilleurs intérêts des individus, du groupe et de l'organisation.
- Quand il accélère la circulation de l'information utile.
- Quand il y a place et accueil pour les différences individuelles.
- Quand il sert d'appui pour résoudre des situations de conflit.
- Quand il est possible aux individus de se faire valoir.
- Quand il permet l'enrichissement des tâches.
- Quand il permet de mesurer les progrès, les résultats du groupe.
- Quand il favorise la créativité.
- Quand il a un effet positif sur la motivation.
- Quand il favorise le plaisir d'être ensemble (p. 2)

Il y a des situations où le travail interdisciplinaire est contre-productif, voir nuisible :

- Quand on l'applique à toutes les sauces (comités, réunions, rencontres sociales à outrance).
- Quand on en fait un but en soi, en perdant de vue que ce n'est qu'un moyen d'être plus efficace.
- Quand tout le monde doit se conformer au même moule.
- Quand il est centré uniquement sur des objectifs et récompenses de groupe en oubliant l'individu.
- Quand il est imposé pour des motifs obscurs, inexpliqués, connus seulement des gestionnaires.
- Quand on s'acharne à faire travailler en équipe des personnes incompatibles.
- Quand on fait travailler en équipe des personnes avec des tâches incompatibles.
- Quand il exacerbe la compétition, crée l'esprit de clan, et induit une fermeture aux idées de l'extérieur (Boucher et al., 1995, cité par Bulliard & Baeriswil, s.d., p.3).

Dans son article, Fortin (2000) cite une recherche faite par Schofield et Amadeo (1999), intéressante pour comprendre les bénéfices apportés par le travail interdisciplinaire. Ils ont analysé 224 articles concernant l'efficacité des équipes interdisciplinaires et ce qui en résulte est :

- Une plus grande conscience et appréciation de sa propre discipline
- Une plus grande compréhension et un plus grand respect de la part des travailleurs d'autres disciplines
- Une occasion d'élaboration de recherches coopératives au sein du personnel
- Le développement d'un état d'esprit prédisposant au travail coopératif
- Une amélioration de l'accès aux services pour les patients
- Une plus grande efficacité dans les comportements visant à prendre soin de soi chez les patients
- Une plus grande satisfaction face à son rôle pour l'intervenant
- Une réduction de la durée de l'hospitalisation
- Une réduction des admissions prématurées
- Une augmentation de l'utilisation des différents membres de l'équipe pour répondre aux besoins variés des clients
- Une diminution du fardeau du traitement pour le personnel
- La facilitation du travail auprès des patients difficiles
- Une plus grande objectivité que celle d'un membre du personnel travaillant seul
- La facilitation de l'empathie envers le patient et entre les intervenants. (Fortin, 2000, p. 40).

Une phrase de Formarier (2004), résume bien l'intérêt de l'interdisciplinarité : « La qualité repose sur un travail interdisciplinaire qui renforce l'efficacité et l'efficience mais aussi les compétences de chacun, le travail en réseau par le développement des liens et des échanges » (p.18).

Le rôle de l'infirmier-e dans le travail interdisciplinaire est primordial. C'est elle qui a le plus de contact avec le patient, qui évalue ses besoins et construit en accord avec le patient son projet de soins. Il appartient au soignant de susciter les rencontres interdisciplinaires (Formarier, 2004).

Ces éléments théoriques permettent de saisir les conditions optimales ainsi que les limites du travail interdisciplinaire dans la pratique de soins.

2.4. L'interactionnisme

L'interactionnisme est né à partir de plusieurs courants de pensée, dont l'approche systémique, la Gestalt, le constructivisme piagétien et plusieurs autres approches (Fornerod, 2010). Grâce à ce cadre théorique, nous allons pouvoir analyser de manière adéquate les résultats des recherches. Ce concept a été choisi car il explore particulièrement la relation entre deux personnes (système) et la co-construction d'un objet commun. En effet, l'interactionnisme, comme le mot le dit, n'analyse pas l'individu mais l'interaction entre deux personnes ou plus (Fornerod, *ibid.*). Il considère la relation soignant-soigné comme une relation de service socialement instituée répondant aux critères suivants : la disponibilité du soignant, la sincérité de la demande du soigné, le devoir de mettre en œuvre les moyens disponibles afin de répondre à la demande du patient.

Avant d'exposer les principes de cette théorie, nous jugeons nécessaire d'expliquer quelques notions présentes dans l'approche interactionniste. Selon Fornerod (*ibid.*), la subjectivité est définie comme la capacité à saisir la réalité à partir des propres expériences ; l'intersubjectivité est la capacité de deux personnes, les acteurs, de communiquer entre eux à partir de leur propre perception de la situation et ainsi à négocier une définition commune de la situation. Il s'agit d'un « monde de significations partagées » (Fornerod, 2010., p.2). Les interactions sont les relations entre deux ou plusieurs personnes ayant des subjectivités différentes qui interfèrent les unes avec les autres. Dans l'approche interactionniste, la communication est centrale et elle ne se limite pas à une simple transmission d'informations. Il s'agit d'un « processus interactif de construction de sens se réalisant entre subjectivités dans un contexte social » (Fornerod, *ibid.*, p.2). Pour l'acteur, l'information prend une signification précise grâce aux mécanismes d'inférence (interprétation) de la communication. La communication interactionniste repose sur les principes suivants: les quatre canaux de la communication, le contexte, la co-construction du sens, le contrat communicationnel et les règles de la communication.

La communication s'effectue à travers les canaux de la communication (la proxémique, le non verbal, le para verbal et le canal langagier). Une personne communique non seulement à travers les mots, mais aussi à travers sa gestuelle, son intensité de la voix, ses silences, sa distance physique avec l'interlocuteur, etc. Le contexte est un espace spatio-temporel dans lequel s'élabore la construction du sens, où chacun vient avec ses propres représentations, normes, règles, rituels (la plupart du temps implicites). Chaque actant intervient dans une situation avec son propre statut, son rôle et avec un certain type de relation. Le principe de la co-construction du sens est influencé par les autres éléments de la communication (culture, statut, contexte, etc.) et par la personnalité des deux acteurs. Pour communiquer, selon Fornerod (2010), il faut d'abord en avoir l'intention. C'est pour cette raison qu'il faut un contrat communicationnel (implicite ou explicite) entre les deux actants. Le dernier principe énonce les règles de la communication, qui se basent sur ces principes : l'énonciation en première personne pour se situer par rapport à l'autre, la coopération (la quantité, la qualité, la pertinence et la modalité de la communication) et la méta communication (échanger à propos de la communication elle-même).

Etant donné leur méfiance et réticence envers les soins, leur faible estime de soi et toutes les autres problématiques citées auparavant, un élément fondamental pour la prise en charge des femmes enceintes qui consomment des drogues ou de l'alcool est la création d'une relation de confiance. Un des rôles de l'infirmier-e est de permettre aux patients de faire un choix éclairé et de l'accompagner dans la direction qu'il entreprend, une direction qui a pour lui un sens.

2.5. Le processus de changement et la prévention de la rechute

Pendant plusieurs années, deux psychologues américains, James O. Prochaska et Carlo Di Clemente ont étudié le comportement humain en matière de processus de changement de comportement. Ils s'intéressaient à

comprendre comment les personnes changeaient, quelles stratégies elles mettaient en place pour y réussir et quels moyens elles se donnaient pour maintenir ce nouveau comportement. En 1982, leurs recherches ont abouties à la définition du modèle transthéorique, ou du modèle des stades du changement, présenté de suite (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) :

- Pré contemplation : la personne n'a pas intention de changer de comportement car elle n'a pas conscience du problème. Les personnes qui demandent de l'aide à ce stade, le font souvent sous la pression d'une personne (conjoint, patron, justice, etc.) qui n'accepte plus la situation de dépendance. A ce stade, la résistance à reconnaître et à modifier le problème est typique.
- Contemplation : dans ce stade, la personne est consciente du problème et veut le surmonter, mais elle ne s'est pas encore engagée sérieusement à passer à l'action. Ce stade est caractérisé par l'ambivalence, et la personne passe beaucoup de temps à peser le pour et le contre d'amorcer un changement de comportement.
- Préparation : l'individu a pris la décision de changer dans le mois suivant et souvent a déjà débuté les premiers petits changements (ex. réduire la consommation)
- Action : la personne modifie son comportement, son environnement et son expérience afin de réaliser le changement. Ce stade demande beaucoup d'engagement et d'énergie pour la personne voulant changer son comportement.
- La stabilisation : c'est le stade où la personne s'engage et fait des efforts pour stabiliser son nouveau comportement et éviter ainsi la rechute. Ce stade commence six mois après le changement et peut durer toute la vie.
- La rechute : elle fait partie du processus normal de changement.

Le processus de changement selon ce modèle est perçu comme une spirale (cf. Annexe B) ; en effets, les chercheurs se sont aperçus que ce processus n'était pas linéaire, les rechutes étant la règle plutôt que l'exception. Heureusement, dans la majorité des cas, la personne retourne au stade de la

contemplation ou de la préparation, et elle commence à planifier des nouvelles stratégies pour réussir le changement. La personne apprend de ses erreurs et peut ainsi repartir avec des nouvelles ressources (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

La Prévention de la Rechute (PR) est un modèle d'intervention de prévention tertiaire ; il vise à réduire la probabilité d'une rechute ou à en diminuer la sévérité. La PR est une approche de type cognitivo-comportementale très utilisée dans le traitement des dépendances (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011). Comme dans la théorie de Prochaska, DiClemente et Norcross, (1992), la rechute est considérée comme un processus dynamique, en cours et non comme un critère d'échec. La rechute présente une opportunité pour faire des nouveaux apprentissages. Ce modèle a apporté des changements remarquables dans la conceptualisation de la rechute. Les approches « traditionnelles » attribuent la rechute à des facteurs endogènes, comme les symptômes de sevrage, tandis que la PR et les autres approches cognitivo-comportementales mettent l'accent sur les facteurs contextuels (p.ex. stimuli environnementaux, processus cognitifs) (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011).

L'hypothèse de base de la PR est que la rechute est toujours précédée par une situation à haut risque, qui peut être n'importe quelle situation rendant la personne vulnérable. Des exemples de situations à haut risque sont des états émotionnels et cognitifs négatifs (diminution de l'auto efficacité, de l'estime de soi, ...), des risques environnementaux ou encore des états physiologiques compromis. La façon dont la personne sort de la situation à haut risque est liée à plusieurs facteurs (facteurs individuels, antécédents de rechute, ...). Un facteur est particulièrement important : le *coping response*, ou réponse d'adaptation, définie comme une stratégie compensatoire cognitive ou comportementale qui réduit la possibilité de rechuter. La rechute peut diminuer le sentiment d'auto efficacité. Dans le même sens, si la personne arrive à gérer une situation à haut risque sans rechuter, elle va augmenter son sentiment d'auto efficacité et d'estime d'elle-même. Percevoir la rechute comme un échec personnel peut engendrer des sentiments de culpabilité et l'abandon de son

objectif d'abstinence. Cette réaction est appelée « effets de violation de l'abstinence » (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011).

Les stratégies cognitives ou comportementales se divisent en deux grandes catégories : les techniques d'intervention spécifiques (conçues pour aider le patient à anticiper et à faire face aux situations à haut risque) et les approches d'autocontrôle (conçues pour réduire le risque de rechute en promouvant un style de vie sain). Idéalement, la PR doit aider le patient à reconnaître ces situations à haut risque, à mettre en place des stratégies cognitives et comportementales pour prévenir ou minimiser la rechute (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011).

En sachant que la rechute est la règle plutôt que l'exception, cette approche pourra aider à l'analyse des résultats.

3. Méthodologie

3.1. Choix du devis

La méthode utilisée pour la réalisation de ce travail, est une revue de littérature étoffée. L'intérêt de ce devis est d'avoir une vision globale des écrits actuels pour pouvoir répondre à une question de recherche (Nadot, 2010). De plus, la revue de littérature étoffée permet de mettre en évidence les éléments qui n'ont pas encore été explorés, ce qui donne des pistes pour des recherches ultérieures. Ce travail permettra donc de répondre à la question « En prenant connaissance des problématiques associées aux femmes enceintes qui consomment des drogues illégales ou de l'alcool, quelles stratégies d'intervention infirmières favorisent l'accompagnement de ces femmes? » et proposer des pistes d'action pour l'accompagnement infirmier de cette population. En outre, elle permettra de faire ressortir les besoins de recherches futures.

Pour commencer, des recherches dans les banques de données PubMed, CINAHL et PsycINFO ont été entreprises. L'association de terme – MeSH a

permis de choisir les études d'intérêt pour cette revue de littérature. Une stratégie de recherche personnelle a été utilisée : des références bibliographiques ont été examinées. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été fixés. Les recherches dans les banques de données ont été réalisées entre novembre 2011 et juillet 2012. Après avoir sélectionné 10 recherches, l'auteure a procédé à une analyse critique de ces dernières à l'aide d'une grille (cf. Annexe D). Ce processus a permis de mettre en évidence les résultats afin de les classer par thématique. Les étapes méthodologiques utilisées dans ce travail sont issues de l'ouvrage de Loisel & Profetto-McGrath (2007).

3.2. Critères d'inclusion

- Articles répondant à ma question de recherche
- Recherches qualitatives ou quantitatives publiées dans les 15 dernières années
- Femmes enceintes au moment de la consommation de drogues et/ou d'alcool
- Le mode de consommation peut être l'abus de substance ou la dépendance à une substance (drogue et/ou alcool, polyconsommation incluse)
- Recherches traitant d'autres disciplines (médicales, sociales, psychologiques, ...) mais susceptibles de donner des pistes d'action à la discipline infirmière
- Articles en français, anglais ou italien

3.3. Critères d'exclusion

- Articles ne répondant pas à ma question de recherche
- Recherches datant plus de 15 ans
- Femmes non enceintes au moment de la dépendance/abus de substance
- Articles se basant uniquement sur la pharmacologie ou sur des questions purement médicales
- Article traitant uniquement le dépistage

3.4. Termes Mesh

Termes Mesh anglais	Termes Mesh français
<ul style="list-style-type: none">• Substance Related Disorder<ul style="list-style-type: none">- Psychology- Therapy• Pregnancy<ul style="list-style-type: none">- Psychology• Pregnancy Complications / rehabilitation• Pregnant Women<ul style="list-style-type: none">- Psychology• Prenatal Care• Nursing• Heroin Dependence• Comprehensive Health Care• Patient Care Team	<ul style="list-style-type: none">• Troubles liés à une substance<ul style="list-style-type: none">- Psychologie- Thérapie• Grossesse<ul style="list-style-type: none">- Psychologie• Complication de la grossesse/ réhabilitation• Femme enceinte<ul style="list-style-type: none">- Psychologie• Soins prénataux• Soins infirmiers• Dépendance à l'héroïne• Soins globaux• Equipe de soins

3.5. Résultats des stratégies de recherche

3.5.1. 1^{ère} stratégie

"Substance Related Disorder"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh] AND "Prenatal Care"[Mesh])

31 résultats dont 1 retenu :

- Lefebvre, L., Midmer, D., Boyd, J.A., Ordean, A., Graves, L., Kahan, M. & Pantea, L. (2010). Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy. *JOGNN*, 39, 46-52

3.5.2. 2^{ème} stratégie

"Heroin Dependence"[Mesh] AND "Pregnancy" [Mesh]

348 résultats dont 2 retenus :

- Kashiwagi, M., Sieber, S., Rechsteiner, C., Lauper, U., Zimmermann, R. & Ehler, U. (2009). Psychological mood state of opiate addicted women during pregnancy and postpartum in comparison to non-addicted healthy women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30, 201-201.
- Jones, H. E., Haug, N., Silverman, K., Stitzer, M. & Svikis, D. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 297-306.

3.5.3. 3^{ème} stratégie

("Pregnancy, High-Risk"[Mesh] OR "Pregnancy Complications"[Mesh]) AND "Substance Related Disorder"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]

125 articles dont 1 retenu :

- Herzig, K., Danley, D., Jackson, R., Petersen, R., Chamberlain, L. & Gerbert, B. (2006). Seizing the 9-month moment : Addressing behavioral risks in prenatal patients. *Patient Education and Counseling*, 61, 228-235.

3.5.4. 4^{ème} stratégie

"Pregnant Women/psychology"[Mesh] AND "Substance Related Disorder"[Mesh]

52 articles dont 1 retenu :

- Sword, W., Niccols, A. & Fan, A. (2004). "New Choices" for women with addictions: perceptions of program participants. *BMC Public Health*, 4, 1-11.

3.5.5. 5^{ème} stratégie

"Opioid-Related Disorders"[Mesh] AND "Pregnancy" [Mesh]

798 articles dont 1 retenu :

- Calvin, C. & Moriarty, H. (2010). A special type of « hard-to-reach » patient : experiences of pregnant women on methadone. *Journal of Primary Health Care*, 2, 61-69.

3.5.6. 6^{ème} stratégie

"Pregnancy Complications/rehabilitation"[Mesh] AND "Patient Care Team"[Mesh]

22 articles dont 1 retenu :

- Corrarino, J.E., Williams, C., Campbell, W.S., Amrhein, E., LoPiano, L. & Kalachik D. (2000). Linking substance-abusing pregnant women to drug treatment services : a pilot program. *JOGNN*, 4, 369-376.

3.5.7. 7^{ème} stratégie

"Pregnancy/psychology"[Mesh] AND "Substance Related Disorder/psychology"[Mesh]

75 articles dont 1 retenu:

- Shieh, C., Kravitz, M. (2002). Maternal-fetal attachment in pregnant women who use illicit drugs. *JOGNN*, 31, 156-64.

3.5.8. 8^{ème} stratégie

Stratégie personnelle se basant sur les références bibliographiques de la recherche de Corrarino et al., (2000). La recherche comptait 42 références dont une a été retenue :

- Howell, E.M. & Chasnoff, I.J. (1999). Perinatal substance abuse treatment. Findings from focus groups with clients and providers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 139-148.

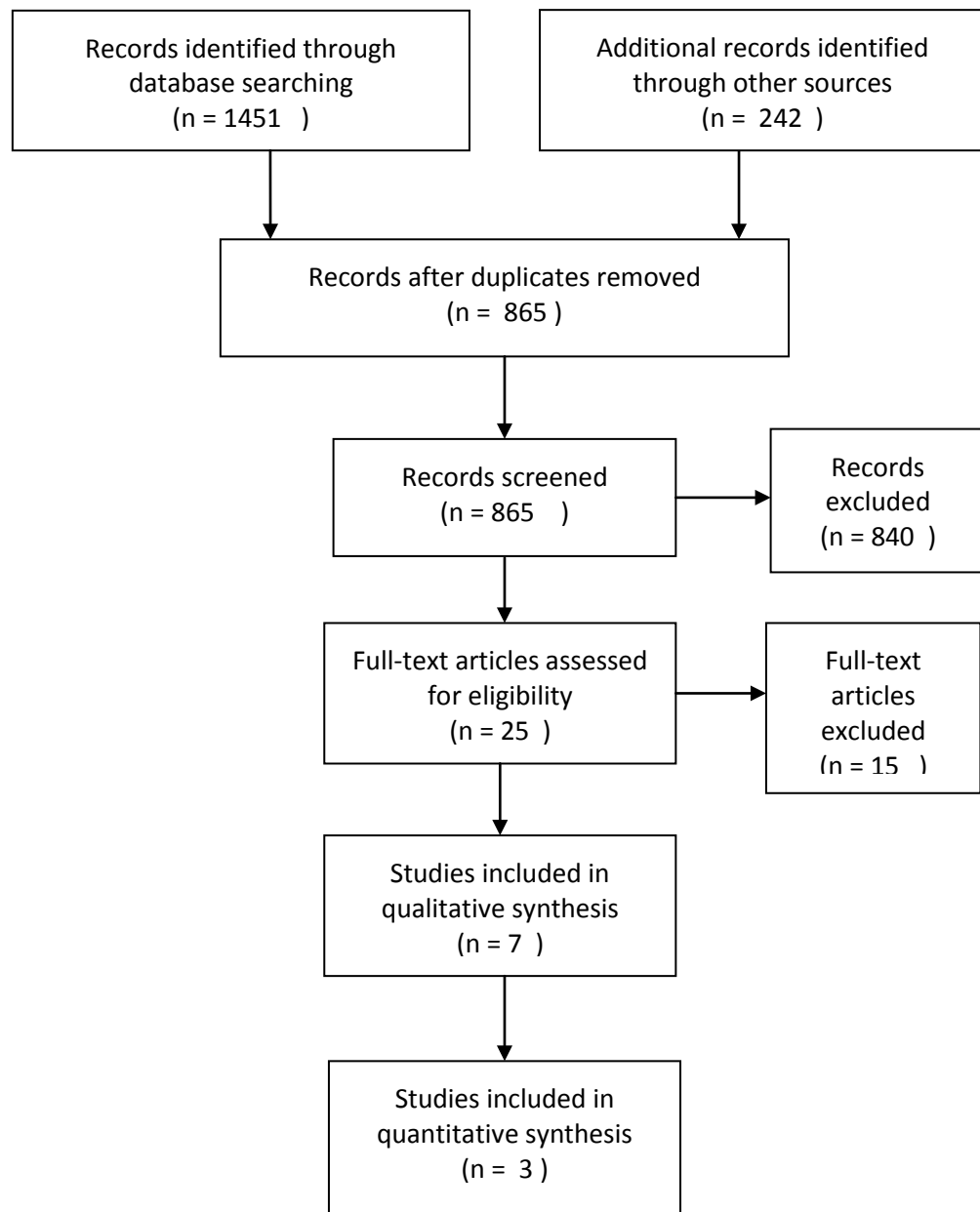
3.5.9. 9^{ème} stratégie

Stratégie personnelle se basant sur les références bibliographiques de
“Pregnancy and Complex Social Factors. A Model for Service Provision for
Pregnant Women with Complex Social Factors. *NICE Clinical Guidelines*, No.
110, 2010. Cet ouvrage comptait 200 références, dont une retenue :

- Hall, J.L. & van Teijlingen, E.R. (2006). A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 6, 1-11.

3.6. Diagramme Prisma Flow

Ce diagramme donne un aperçu du processus d'exclusion des recherches.



4. Résultats

4.1. Méthodologie des recherches

En tout, dix recherches ont été sélectionnées. Elles étaient toutes en anglais. Après avoir été traduites, elles ont été résumées, analysées et critiquées à l'aide de la « *Grille de lecture critique d'un article scientifique* » (Bassal & Nadot, 2011).

Sur les dix recherches, sept étaient qualitatives et trois quantitatives. La majorité des recherches qualitatives était phénoménologique (Lefebvre et al., 2010 ; Howell et al., 1999 ; Calvin et al., 2010 ; Hall et al., 2006 ; Shieh et al., 2002). Sword et al. (2004) ont utilisé un devis qualitatif exploratoire et Herzig et al. (2006) un devis descriptif. Concernant les devis quantitatifs, deux recherches étaient des études de cas (Corrarino et al., 2000 ; Kashiwagi et al., 2009) et une étude était descriptive comparative (Jones et al., 2001). La majorité des recherches qualitatives a utilisé des groupes de discussion ou des interviews individuelles. Les études provenaient de différents pays : Etats-Unis (5), Canada (2), Royaume-Uni (1), Nouvelle-Zélande (1) et Suisse (1). La date de parution se situait entre 1999 et 2010. Ce choix a dû être fait car dans les dernières années peu de recherches ont été faites à ce sujet, surtout qualitatives mais également quantitatives.

Pour sept recherches, l'échantillon était composé de femmes qui consommaient des drogues uniquement ou associées à l'alcool et qui étaient enceintes au moment de l'étude. Pour une recherche, l'échantillon était composé uniquement de professionnels de la santé (médecins et infirmier-e-s). Deux recherches ont utilisé une population mixte, composée de professionnels de la santé et de patientes. Une de ces deux recherches a inclus dans l'échantillon des professionnels de l'administration.

Les dix recherches sélectionnées étaient très différentes entre elles, par leurs buts, leurs contextes et leurs résultats. L'étude de Calvin et al. (2010) voulait mieux comprendre l'interaction entre les femmes enceintes qui consomment des substances et les soins (y compris les services d'aide). Les études de Corrarino et al. (2000) et de Jones et al. (2001), avaient pour but d'évaluer

quantitativement l'efficacité de deux programmes spécifiques : le *contingency management* avec un système de bons d'échange et les visites à domicile par une infirmière en santé communautaire. Les recherches de Lefebvre et al. (2010), de Howell et al. (1999), Sword et al. (2004) et de Hall et al. (2006) avaient pour objectifs de connaître les perceptions et les expériences des participants à des programmes spécifiques pour les femmes enceintes ayant des troubles liés à une substance. L'étude de Kashiwagi et al. (2009) a investigué l'état psychologique des femmes dépendantes aux opiacés pendant la grossesse et en post-partum. La recherche de Shieh et al. (2002) a exploré les différentes dimensions (cognitives, affectives et altruistes) de l'attachement mère-fœtus chez les femmes enceintes qui consomment des drogues. Dans l'étude qualitative de Herzig et al. (2006), les chercheurs ont investigué les stratégies d'intervention des professionnels de soins qui sont souvent en contact avec les femmes enceintes qui consomment des drogues ou de l'alcool. Cette recherche s'est également intéressée à la problématique de la violence domestique et du tabac, deux éléments qui ne font pas partie de ma question de recherche mais qui sont souvent associés à la consommation de drogues et/ou d'alcool en période prénatale. Les recherches analysées étaient donc très différentes entre elles, mais elles donnaient une vision globale de la problématique ainsi qu'une variété d'interventions et de pistes d'action possibles pour accompagner les femmes enceintes qui consomment des drogues illégales et/ou de l'alcool.

Concernant le type de substance utilisé par les femmes enceintes, certaines recherches n'ont pas fait de distinction, en incluant drogues et alcool (Howell et al. 1999 ; Corrarino et al., 2000 ; Lefebvre et al., 2010 ; Herzig et al., 2006 ; Shieh et al., 2002 ; Sword et al., 2004). Les substances majoritairement utilisées étaient le cannabis, la cocaïne, l'alcool et l'héroïne. Le tabac est très souvent associé. Une étude seulement a étudié une population qui n'utilisait que des drogues (Hall et al., 2006). Les recherches de Calvin et al. (2010), Jones et al. (2001) et Kashiwagi et al. (2009) avaient comme échantillon des femmes sous méthadone, mais qui souvent utilisaient également d'autres substances.

Pour ce qui concerne le champ d'expertise des chercheurs, les recherches ont été conduites par des auteurs liés au domaine des soins infirmiers. Les champs d'expertise des auteurs de l'étude de Herzig et al. (2006) sont la psychologie, la gynécologie et l'obstétrique. Howell et Chasnoff (1999) sont des chercheurs dans le domaine de l'addiction. Jones et al. (2001) travaillent dans le domaine de la psychiatrie, de la psychologie et de la gynécologie. Les auteurs des autres cinq recherches, travaillent dans le domaine des soins infirmiers.

La majorité des recherches a obtenu l'aval d'un comité d'éthique (Calvin et al., 2010; Howell et al., 1999; Hall et al., 2006; Herzing et al., 2006; Corrarino et al., 2000; Jones et al., 2001; Lefebvre, 2010). Pour les autres recherches (Sword et al., 2004 ; Kashiwagi et al., 2009; Shieh et al., 2002) les participants ont signé le consentement éclairé. Dans la recherche de Lefebvre et al. (2010), les auteurs ont donné des pseudonymes aux participantes pour préserver leur anonymat. Dans plusieurs recherches, les chercheurs mentionnent que les participants étaient libres de partir quand ils voulaient ; souvent les entretiens avaient lieu dans des établissements familiers aux femmes. Chan et al., (2010) ont donné la possibilité aux femmes participantes d'avoir une femme présente pendant l'interview.

Les résultats des différentes recherches ont été regroupés en deux thématiques majeures, selon les questions de recherche.

4.2. La complexité de l'univers des femmes enceintes qui consomment des drogues et/ou de l'alcool

Une des questions de recherche de cette revue de littérature étoffée était de mieux comprendre les problématiques qui gravitent autour des femmes enceintes qui consomment des substances. Plusieurs recherches trouvées ont donné des aperçus détaillés de la vie présente et passée de ces femmes, ainsi que les problèmes psychosociaux qui les affectent. Quatre études ont apporté la majorité des informations présentées de suite (Calvin et al., 2010 ; Sword et al., 2004 ; Howell et al., 1999 ; Shieh et al., 2002). Des sous-thèmes ont été

identifiés et catégorisés ainsi : le sentiment de culpabilité et la faible estime de soi ; le passé et l'entourage social ; les autres aspects bio – psycho – sociaux significatifs (pauvreté et chômage, niveau d'éducation, implications avec le système judiciaire, comorbidités psychiatriques, polyconsommation, problèmes somatiques et alimentation) ; les obstacles aux soins ; l'expérience de la grossesse.

4.2.1. Le sentiment de culpabilité et la faible estime de soi

Le culpabilité et la faible estime de soi sont deux sentiments qui apparaissent souvent dans les discours des patientes (Calvin et al., 2010 ; Howell et al., 1999 ; Sword et al., 2004 ; Hall et al., 2006 ; Shieh et al., 2002). Le sentiment de culpabilité peut être lié aux risques auxquels les femmes exposent leur fœtus en consommant des drogues ou de l'alcool, au fait de ne pas avoir souhaité le bébé en début de grossesse, de ne pas être prêtes mentalement au bébé (Shieh et al., 2002). Dans cette recherche qui explore l'attachement mère – fœtus, les femmes sont dans une lutte continue contre ce sentiment, associé à l'incertitude et la préoccupation pour la santé du fœtus. Souvent le sentiment de culpabilité, avec la peur d'être jugées, est un des facteurs qui rendent réticentes les femmes enceintes dépendantes aux drogues à avoir recours aux soins (Calvin et al., 2010). Les femmes enceintes participant à l'étude de Hall et al. (2006), suggèrent que le sentiment de culpabilité est susceptible d'engendrer une rechute dans la consommation de substance. Ce lien entre sentiment de culpabilité et rechute est aussi confirmé dans l'étude de Shieh et al. (2002). Selon les participantes de l'étude de Howell et al. (1999), ce sentiment négatif complique le rétablissement.

Dans la recherche de Calvin et al. (2010), les femmes enceintes qui consomment des substances, confirment la faible estime d'elles-mêmes et l'auto jugement négatif qu'elles ont d'elles-mêmes. Elles se disent responsables pour leur consommation ; une déclare mériter d'être méprisée par les soignants. Ce sentiment de dévalorisation est souvent renforcé par la société qui a une perception très négative des femmes dépendantes des drogues (Howell et al., 1999). La faible estime de soi et la peur du jugement sont mises en lien dans plusieurs études.

Dans l'étude de Sword et al. (2004), les femmes enceintes qui consomment des drogues soulignent l'importance des attitudes des professionnels qui favorisent l'augmentation de l'estime d'elles-mêmes. Ces attitudes sont la validation, le soutien et le renforcement positif. Le fait d'être traitées en tant que personne par les soignants, les a aidées à se sentir importantes et a ainsi amélioré leur estime et leur confiance en elles-mêmes.

4.2.2. Le passé et l'entourage social

L'étude de Howell et al. (1999) explore le passé de 88 femmes enceintes qui consomment des drogues illégales et/ou de l'alcool. Il s'agit de femmes ayant eu généralement une enfance difficile, ce qu'elles considèrent être un facteur important dans le déclenchement de la consommation. Beaucoup d'entre elles ont grandi avec des membres de la famille qui consommaient des drogues. Les femmes disent avoir dû lutter contre des problèmes intergénérationnels d'abus de substance : souvent grands-parents, parents, frères et sœurs sont aussi impliqués dans la dépendance. La majorité des femmes situait leur première consommation avant les 10 ans et elles ont pu faire le lien entre la première prise de drogue avec des abus sexuels. Le plus jeune âge du début de la consommation était 5 ans. Ces éléments donnent un aperçu du passé tourmenté des femmes enceintes ayant des troubles liés à une substance ; ces résultats sont intéressants aussi car l'échantillon est plutôt grand, compte tenu de la difficulté d'accéder à cette population ; de plus, cette recherche qualitative utilise des groupes de discussion avec 7-8 femmes par groupe, ce qui favorise les échanges.

Toujours dans l'étude de Howell et al., (1999), les participantes déclarent que les incestes, les abus sexuels et la violence étaient des éléments faisant partie de leur vie quotidienne.

Pour ce qui concerne l'entourage social, les éléments décrits précédemment donnent déjà un aperçu du dysfonctionnement familial. Dans les résultats de Calvin et al. (2010) les professionnels confirment ce contexte familial, en disant que l'entourage est soit absent, soit troublé et n'offrant pas un soutien. Dans la même étude, les femmes relèvent l'importance d'avoir des amis en dehors du

cercle de l'abus de substance. Elles réalisent qu'elles ont très peu d'amis, et le sentiment de solitude est accru par le fait de devoir gérer seules la période prénatale. Les résultats de Howell et al. (1999) montrent que beaucoup de femmes participant à cette étude ont un réseau de soutien pauvre voire inexistant. Leur groupe d'amis est souvent constitué de personnes avec lesquelles elles consomment des drogues. La relation avec leur partenaire est complexe et pathologique. Régulièrement les partenaires / maris sont également dépendants à une substance. Fréquemment les femmes enceintes dépendantes aux drogues vivent dans la violence et dans les menaces de leur partenaire. Une femme dit avoir besoin d'aide pour le quitter, car elle sait que s'éloigner de lui serait aidant pour arrêter la consommation, mais elle n'y arrive pas. Ceci montre bien le caractère pathologique de la relation.

Deux recherches soulèvent la problématique de l'isolement social (Herzig et al., 2006 ; Sword et al., 2004). Selon la première étude, l'isolement social peut générer de la honte et ainsi perpétuer ou même exacerber l'abus de substances. Dans la deuxième étude, où les chercheurs cherchent à mieux comprendre les expériences des participantes à un programme thérapeutique spécifique, les femmes disent avoir beaucoup bénéficié de la création de nouveaux liens. Les nouvelles ressources sociales ont été indiquées comme aidantes dans le processus de changement de comportement, car elles diminuent l'isolement social et par conséquent le sentiment de solitude. Une participante de cette recherche souligne l'importance d'avoir des liens sociaux pour prévenir les rechutes. Souvent, ces femmes ont vécu uniquement dans l'abus de substance, elles ne connaissaient rien d'autre que cette réalité. Cependant, pour sortir de la dépendance, elles reconnaissent devoir changer d'amis, ce qui leur est difficile (Hall et al., 2006).

4.2.3. Autres aspects bio - psycho – sociaux

Dans quatre études (Sword et al., 2004 ; Corrarino et al., 2000 ; Howell et al., 1999 ; Shieh et al., 2002) 85%-100% des femmes enceintes qui consomment des substances recevaient des aides financières provenant de l'assistance sociale ou de Medicaid. Medicaid est une sorte de prévoyance sociale ; un des

critères pour recevoir une aide financière de Medicaid est un revenu annuel de moins de 15'000 \$ (équivalents à env. 14'500 CHF) (Medicaid, 2012). Cet élément relève une autre problématique qui gravite autour de ces femmes : la pauvreté. Dans l'étude de Jones et al. (2001), 96% des 85 femmes impliquées dans la recherche sont au chômage.

L'éducation scolaire est une donnée démographique souvent prise en compte par les chercheurs. En effet, la recherche de Shieh et al. (2002) expose cette problématique : 45% des participantes (18/40) n'ont pas terminé des études secondaires (correspondants au collège). Dans l'étude de Howell et al. (1999), les professionnels de la santé indiquent que parfois les femmes enceintes qui consomment des drogues ou de l'alcool sont analphabètes.

L'étude de Sword et al. (2004) soulève une autre problématique : les problèmes judiciaires auxquels cette population s'expose. Ceci est congruent avec les données trouvées au sujet, reportant une exposition accrue à la violence et au trafic de drogue.

Deux des recherches analysées (Jones et al., 2001 ; Corrarino et al., 2000) ont expliqué que le mode de prise de substances est fréquemment la polyconsommation, c'est-à-dire qu'elles abusent ou sont dépendantes de plusieurs substances toxiques. Par exemple, dans l'étude de Jones et al. (2001) 100% des femmes étaient dépendantes aux opiacés, 69% consommaient de la cocaïne, 10% de l'alcool et 5% du cannabis. Dans la deuxième étude, les résultats ont montré que toutes les participantes (n = 9) avaient une consommation problématique avec une ou plusieurs drogues et avec l'alcool. Chez 8 femmes sur 9, cette problématique était évaluée de considérable à sévère, selon le Addiction Severity Index (ASI).

Deux recherches quantitatives démontrent la comorbidité psychiatrique est souvent une problématique associée à cette population (Corrarino et al., 2000 ; Kashiwagi et al., 2009). Dans l'étude de Corrarino et al. (2000), toutes les participantes (N=9) avaient des troubles psychiques, évalués selon l'ASI. Huit femmes avaient des troubles allant de modérés à sévères. Kashiwagi et al.

(2009) démontrent que l'état psychologique des femmes enceintes dépendantes aux opiacés est plus défavorable que chez les femmes enceintes non consommatrices. En effet, selon ces derniers, l'anxiété avant l'accouchement est considérablement plus élevée, ainsi que les symptômes évalués par le Symptom Check List-90R en pré-partum. Dans l'étude de Herzig et al. (2006), les professionnels mettent en évidence une psychopathologie souvent associée à cette population : la dépression. Il est important de la dépister. Ces mêmes auteurs ajoutent que la dépression peut exacerber la consommation de substance. L'isolement social est un facteur de risque associé à la dépression. Dans la recherche de Hall et al. (2006), les femmes disent avoir vécu de l'anxiété pendant la grossesse.

Dans l'étude de Howell et al. (1999), les prestataires de soins soulignent l'importance de se préparer à toutes sortes de problématiques : violence domestique, HIV, syphilis, complications médicales de la grossesse, irritabilité du nouveau-né, développement des problématiques de l'enfant, parentage dysfonctionnel et maltraitance des enfants.

Les professionnels de la santé qui ont participé à l'étude de Calvin et al. (2010) ont soulevé la thématique de l'alimentation. En effet, les femmes enceintes qu'ils ont prises en charge, ne savaient souvent pas comment se préparer un repas sain. Dans l'étude de Sword et al. (2004), les participantes ont beaucoup apprécié que la prise en charge globale incluait aussi des conseils en nutrition. Plusieurs prises en charge spécifiques holistiques comprennent une éducation à l'alimentation ou la possibilité de travailler avec une nutritionniste (Corrarino et al., 2000 ; Sword et al., 2004 ; Lefebvre et al., 2010).

4.2.4. Obstacles et réticences aux soins

Parmi les dix recherches analysées, plusieurs exploraient aussi les obstacles aux soins, ou plus clairement, ce qui empêche les femmes enceintes ayant des troubles liés à une substance à ne pas avoir recours ou à ne pas être compliantes aux soins prénataux ou pour la dépendance. Il peut s'agir d'une raison liée à un sentiment, comme le jugement, la stigmatisation ou la peur

d'être dénoncée aux autorités ; ou encore il peut s'agir de raisons plus pragmatiques comme le devoir de s'occuper de leurs enfants.

Dans plusieurs recherches les femmes enceintes et les professionnels de la santé mettent en évidence une thématique majeure : l'attitude jugeante que les soignants portent aux femmes enceintes qui consomment des drogues et ou de l'alcool. Ce facteur est souvent indiqué comme une des causes prédominantes de la réticence de cette population à s'engager dans un suivi (Calvin et al., 2010 ; Lefebvre et al., 2010 ; Hall et al., 2006 ; Sword et al., 2004 ; Howell et al., 1999). Dans certains de ces études, plusieurs femmes déclarent avoir été traitées en tant que criminelles, avoir été jugées et stigmatisées par les professionnels. Par conséquent, dans certains cas, ceci a empêché la création d'une relation de confiance car ces attitudes peuvent augmenter le sentiment de honte et de culpabilité et diminuer l'estime de soi, déjà faible à la base. Dans l'étude de Howell et al. (1999), une femme raconte que son médecin a utilisé avec elle une vraie « politique de terreur », en lui disant que le fœtus était mort alors que ce n'était pas le cas. Cette attitude a provoqué une exacerbation de sa consommation.

Plusieurs recherches qui ont exploré l'expérience des femmes enceintes avec des troubles liés à une substance, ont relevé que des attitudes de non jugement ont permis aux participantes d'augmenter la confiance envers les professionnels, de se sentir à l'aise et, pour une fois, traitées comme des personnes. Ceci a aidé certaines patientes à augmenter la compliance aux suivis thérapeutiques, à diminuer leur consommation de drogue et à augmenter l'estime d'elles-mêmes (Calvin et al., 2010 ; Lefebvre et al., 2010 ; Hall et al., 2006 ; Sword et al., 2004).

Dans deux recherches explorant les interventions des professionnels de la santé avec les femmes enceintes qui consomment des drogues, les soignants soulignent l'importance d'avoir des attitudes de non jugement (Herzig et al., 2006 ; Calvin et al., 2010). En effets, ils indiquent que les attitudes de jugement et de stigmatisation sont souvent des facteurs qui retiennent ces femmes de se présenter aux rendez-vous.

La stigmatisation et le jugement de cette population ne proviennent pas uniquement des professionnels de la santé. En effet, l'étude de Howell et al., (1999) relève que aussi les paires avec des problèmes de dépendance ont tendance à les stigmatiser et les rejeter une fois qu'elles commencent un suivi thérapeutique. Ce sentiment de rejet est renforcé par la stigmatisation de l'opinion publique et de la société en générale.

La peur de perdre la garde de l'enfant peut agir de deux façons : elle peut motiver la femme à suivre un traitement, ou au contraire, elle peut amplifier la crainte qu'une fois déclarée auprès des professionnels, ces derniers vont la dénoncer aux autorités compétentes (Howell et al., 1999). Les professionnels identifient de même un autre obstacle aux soins : le besoin de s'occuper des enfants. En effet ceci prend beaucoup de temps et dissuade la recherche d'aide ou le maintien d'un suivi thérapeutique (Howell et al., 1999).

4.2.5. L'expérience de la grossesse

La grossesse est vue comme une période de grande motivation chez la femme qui abuse de drogues ou d'alcool. Elle fournit un élan pour changer les comportements à risque et pour s'engager dans un suivi thérapeutique (Herzig et al., 2006 ; Hall et al., 2006 ; Calvin et al., 2010 ; Shieh et al., 2002 ; Howell et al., 1999). En effet, soit les professionnels de la santé, soit les femmes enceintes, pensent que la grossesse est un moment très propice pour changer les comportements à risque. Souvent, les patientes disent avoir un objectif étant qu'elles sont enceintes, elles savent dans quelle direction se diriger. Parfois, les femmes ont essayé de se sevrer sans aide, mais cela a été très difficile (Hall et al., 2006). Certaines arrivent à arrêter la consommation, parfois temporairement.

Plusieurs femmes indiquent qu'elles ont perdu la garde des autres enfants (Shieh et al., 2002 ; Howell et al., 1999 ; Hall et al., 2006) ; une des plus grandes motivations d'avoir recours aux soins était, selon elles, de regagner la garde et de maintenir celle du bébé à naître. Aussi dans la recherche de Howell et al. (1999) les prestataires de soins soulèvent cet élément de motivation :

certaines pensent que l'approche punitive, la menace d'enlever la garde de leur enfant si elles n'ont pas recours aux soins, peut être efficace pour que la patiente fasse face à son addiction.

Cependant, les professionnels interviewés dans l'étude de Calvin et al. (2010) disent que si la grossesse n'est pas planifiée et arrive dans un moment où la consommation de drogue n'est pas cliniquement stabilisée, elle peut ne pas être motivante, mais au contraire elle peut ajouter du chaos à des situations qui sont souvent déjà chaotiques et précaires. Effectivement, des participantes de l'étude de Hall et al. (2006) disent avoir éprouvé beaucoup d'anxiété et de culpabilité.

Comme exposé auparavant, la honte et la culpabilité sont des sentiments qui ont accompagné beaucoup de femmes pendant la période prénatale (Hall et al., 2006 ; Calvin et al., 2010 ; Shieh et al., 2002 ; Howell et al., 1999 ; Sword et al., 2004). Ces sentiments, ont parfois engendré une rechute dans la consommation. Parfois, au contraire, le sentiment de culpabilité agissait comme éléments de motivation.

Shieh et al. (2002) porte l'attention sur une problématique importante : l'attachement entre la femme enceinte qui consomme des drogues et son fœtus. Cette étude montre que l'attachement est une lutte caractérisée par le sentiment de culpabilité, préoccupation et incertitude. Les femmes luttent contre l'ambivalence de la consommation de drogues et le développement d'un attachement avec leur fœtus. Les mouvements fœtaux sont un mécanisme important à travers lequel la femme qui consomme des drogues peut développer un attachement cognitif et affectif.

Certaines femmes déniaient la grossesse jusqu'à un âge gestationnel avancé (Howell et al., 1999, Hall et al., 2006).

4.3. Les soins et les stratégies d'intervention qui facilitent l'accompagnement

Ce chapitre met en lumière les résultats des recherches qui parlent des stratégies d'intervention ou des soins qui facilitent l'accompagnement des femmes enceintes qui consomment des substances. Ceux-ci incluent la diminution de la prise de substance, l'amélioration de la compliance au suivi thérapeutique, la création d'une relation de confiance, la réduction des risques pour la mère et pour le fœtus. Des dix recherches sélectionnées et analysées, deux avaient pour but de mesurer l'efficacité d'un programme spécifique ou un projet pilote (Jones et al., 2001 ; Corrarino et al., 2000). Cinq études avaient pour but d'explorer les perceptions et les expériences des femmes qui étaient, ou avaient été, suivies par des programmes spécifiques (Lefebvre et al., 2010 ; Hall et al., 2006 ; Sword et al., 2004 ; Calvin et al., 2010 ; Howell et al., 1999). Ces deux dernières recherches ont examiné les points de vue des professionnels et des patientes ; les autres ont exploré uniquement les perceptions des femmes. L'étude de Herzig et al., 2006 a approfondi les stratégies utilisées par 49 professionnels de la santé susceptibles de réduire les risques pendant la grossesse. Les 49 professionnels étaient des infirmier-e-s et des médecins qui avaient une expérience considérable avec ce type de population. Les résultats sont donc très variés ; il peut s'agir d'une attitude spécifique utilisée par les professionnels de la santé comme d'une intervention ou une prise en charge distincte. L'élément commun est que ces stratégies ont favorisé l'accompagnement de cette population le long de la grossesse, et souvent aussi après l'accouchement (Corrarino et al., 2000 ; Sword et al., 2004).

4.3.1. Les attitudes aidantes des professionnels de la santé

Plusieurs études montrent que les attitudes des professionnels de la santé envers les patientes ont une importance majeure dans leur prise en charge. Ceci est un thème récurrent dans le discours des patientes et des soignants.

Les résultats de Herzig et al. (2006), Hall et al. (2006), Lefebvre et al. (2010) et Calvin et al. (2010) montrent le rôle primordial des attitudes empathiques des professionnels de soins, basées sur le non jugement et le soutien. La disponibilité était aussi un élément important selon les participantes. Dans l'étude de Hall et al. (2006), la totalité des femmes enceintes qui consommaient des drogues a affirmé que l'aspect le plus aidant étaient les attitudes des soignants. Ces attitudes leur ont permis de se sentir à l'aise, d'être compliantes à l'ensemble de leur rendez-vous, de diminuer leur consommation de substances et de ne pas se sentir marginalisées. Les femmes ont aussi apprécié la façon soutenante et non menaçante de communiquer (Lefebvre et al., 2010). Les résultats de l'étude de Herzig et al. (2006), montrent que les professionnels, en adoptant des attitudes positives, augmentent significativement leur chance de créer une bonne relation avec leurs patientes. La validation et le renforcement positif sont des attitudes qui ont aidé les femmes à améliorer l'estime d'elles-mêmes (Sword et al., 2004). Les attitudes positives et de soutien des professionnels donnent de l'espoir aux femmes (Sword et al., 2004). Dans cette même recherche, les femmes disent avoir beaucoup bénéficié du soutien de l'équipe dans la prise de décisions. Les professionnels étaient présents pour les aider à atteindre leurs objectifs et non pour prendre des décisions à leur place. L'importance de la communication est aussi citée par des femmes (Lefebvre et al., 2010).

Dans plusieurs recherches, la confidentialité est un élément indiqué comme très important pour la prise en charge et pour l'amélioration de la compliance aux soins. Par exemple, dans la recherche de Hall et al. (2006), les participantes soulignent l'importance de la confidentialité, en disant que celle-ci aide à la construction d'une bonne relation avec l'équipe. A contrario, le manque de confidentialité a été indiqué comme élément démoralisateur. Les femmes qui ont pris part à l'étude de Sword et al. (2004) expliquent le rôle primordial de la confidentialité : si elles n'ont pas la certitude que les professionnels ne les dénoncent pas aux services de protection de l'enfance, elles ne leur feront pas confiance. La peur de perdre l'enfant est telle, que si elles n'ont pas la certitude de la confidentialité des prestataires de soins, elles ne demandent pas de l'aide. Cet avis est partagé tant par les femmes que par

les professionnels travaillant à leur côté (Howell et al., 1999). Le besoin de confidentialité des femmes est bien développé dans la recherche de Calvin et al. (2010). En effet, les soignants expliquent que parfois, les patientes leur demandent de garder secret la grossesse au médecin ou aux autres professionnels socio sanitaires. Les professionnels se peuvent trouver alors dans une impasse, où le risque que la femme perde la confiance dans les prestataires de soins est grand.

4.3.2. L'information

Dans plusieurs études les femmes enceintes ont souligné l'importance de recevoir des informations claires et sans contradictions (Calvin et al., 2010 ; Lefebvre et al., 2010 ; Hall et al., 2006). Dans cette dernière recherche, les patientes ont apprécié que l'information était fiable et précise. Les conversations des femmes montrent que souvent elles ne connaissaient pas les conséquences des drogues sur le fœtus, avant qu'un professionnel ne les leur explique. Les femmes ont apprécié également la façon non menaçante de recevoir l'information (Lefebvre et al., 2010). Dans l'étude de Calvin et al. (2010), les femmes disent que le discours des professionnels de la santé est parfois controversé et peu clair. Ceci crée une méfiance envers les professionnels de la santé. Par exemple, certains minimisent les effets de l'alcool, du cannabis et du tabac, en disant aux femmes « Vous avez déjà assez de choses à régler ; n'essayez pas de tout vouloir arrêter » (Calvin et al., *ibid*, pp. 65-66). Ils ne donnent pas des informations claires et véridiques sur les effets des drogues. Dans la recherche de Howell et al. (1999), une femme raconte la politique de terreur utilisée par son médecin ; celui-ci lui aurait dit que le fœtus était déjà mort, quand ce n'était pas le cas. Suite à cette information, la femme dit avoir exacerbé la consommation.

4.3.3. Les systèmes de soins intégrés et la multi -/interdisciplinarité

Six des dix recherches analysées, abordent la question de la multi -/interdisciplinarité ou du modèle de soins intégrés (Howell et al., 1999 ; Hall et

al., 2006 ; Sword et al., 2004 ; Corrarino et al., 2000 ; Lefebvre et al., 2010 ; Calvin et al., 2010). Hall et al. (2006) analysent les perceptions des femmes enceintes soignées dans une clinique spécialisée pour la consommation de drogues. Elle offre une prise en charge multidisciplinaire utilisant le *one-stop access model* (traduction : modèle à « guichet unique »). Les chercheurs souhaitent connaître leurs perceptions et leurs expériences. Des éléments de ce modèle de soins qui ont été indiqués comme très importants pour ces participantes sont : les soins intégrés (réunit sous un même toit), la bonne communication entre professionnels et la vaste gamme de prestations. L'étude de Corrarino et al. (2000), utilise aussi une approche de soins globaux pour pouvoir répondre aux nombreux et différents problèmes de cette population. L'équipe interdisciplinaire était formée par un directeur des soins infirmiers en santé communautaire, une infirmière en santé communautaire, le directeur des services pour les dépendances du district, un conseiller superviseur spécialiste en abus de substance, un conseiller spécialiste en abus de substance, le directeur d'un service ambulatoire pour le traitement des addictions et un agent superviseur. Les différentes disciplines se retrouvaient une fois par mois ou plus si besoin. Le but étant de coordonner les services pour les familles impliquées dans le projet, discuter des approches thérapeutiques et les stratégies de traitement pour chaque famille. Ensuite, il était question de les mettre en place, enlever les obstacles empêchant aux femmes de commencer un suivi thérapeutique pour leur dépendance, apporter les changements nécessaires dans le système socio – sanitaire. En général, les interventions étaient ciblées aux besoins des familles et des femmes, avec un accent sur le stade de changement de la femme.

Lefebvre et al. (2010) explorent les perceptions d'un modèle de soins intégrés spécifique pour les femmes enceintes qui consomment des substances. Les éléments qui ont contribué à la satisfaction de ces femmes, en lien avec l'approche de soins intégrés sont la bonne communication au sein de l'équipe et la mise en lien avec les autres services.

La recherche de Sword et al. (2004) avait pour objectif de connaître les expériences des femmes qui consomment des drogues en période pré et

postnatale au sein d'une clinique offrant des soins centralisés à « guichet unique ». De plus, les chercheurs voulaient comprendre quels éléments du programme avaient favorisé le changement des comportements à risque. Les impacts positifs majeurs du programme sur la vie des femmes étaient : la diminution de l'abus de substance, l'amélioration de la santé mentale, physique et sociale, l'amélioration des compétences et connaissances parentales, la possibilité augmentée de trouver un emploi, une plus grande connaissance des ressources existantes dans la communauté et un meilleur accès à ces dernières. L'approche globale du programme était très importante pour les patientes. Elles ont apprécié que les professionnels ne se ciblent pas uniquement sur la consommation de substances ou sur la grossesse, mais sur toutes les problématiques qui gravitent autour d'elles : la famille, les enfants, l'argent, l'emploi, l'alimentation, les habits, etc. Le fait d'avoir plusieurs prestations de soins dans le même endroit, a été un élément très apprécié par les participantes.

Howell et al. (1999), mettent en évidence un résultat lié à l'interdisciplinarité. En effet, les professionnels qui ont participé à cette étude, soulignent l'importance du développement des liens entre les différentes disciplines : les soins prénataux, les soins pour les addictions, les services sociaux, le service de protection de l'enfance, etc.

Plusieurs recherches soulèvent l'importance d'offrir des soins holistiques pour pouvoir répondre aux multiples problématiques de cette population. Les résultats des recherches citées auparavant, montrent que les programmes spécifiques pour les femmes enceintes qui ont des troubles liés à une substance, offrent une grande variété des prestations : les soins prénataux et pour la dépendance, les conseils en alimentation, l'éducation au parentage, la possibilité de trouver un emploi, la possibilité de consulter un assistant social, etc.

Les professionnels qui ont pris part à l'étude de Calvin et al. (2010) mettent en évidence l'importance d'une bonne communication entre les services afin d'améliorer le travail interdisciplinaire.

4.3.5. Les soins à domicile

La recherche de Corrarino et al. (2000), a pour but de divulguer les résultats encourageants d'un programme pilote : les soins à domicile par une infirmière en santé communautaire. Ce programme avait comme objectif d'aider les femmes enceintes ayant une dépendance aux drogues et à l'alcool à s'impliquer dans un traitement pour la dépendance. Les stratégies de ce projet étaient l'éducation à la santé lors de chaque visite à domicile. L'infirmière donnait des informations préventives concernant la grossesse, au sujet de l'alimentation, des signes et symptômes de l'accouchement prématuré, etc. Un spécialiste en abus de substance était disponible pour donner conseil à l'infirmière et la patiente. Une évaluation avec l'ASI était faite tous les trois mois pour apprécier l'évolution de la patiente. A chaque visite l'infirmière, le conseiller et la femme identifiaient les besoins du suivi. Au besoin, plusieurs professionnels d'autres disciplines étaient à disposition. L'équipe orientait la femme vers un suivi spécialisé pour la dépendance quand cette dernière se sentait prête. Un colloque interdisciplinaire avait lieu tous mois ou plus si nécessaire.

Les résultats de cette intervention démontrent que 90% des femmes ont débuté un suivi spécifique pour les troubles liés à une substance. Deux femmes ont débuté un suivi ambulatoire, une a commencé un traitement dans une structure fermée et six ont demandé d'être suivies en consultation externe. Ces neuf participantes ont accouché à terme et huit ont conservé la garde de leur enfant.

Cette prise en charge spécifique montre aussi des bénéfices au niveau de la diminution de la consommation et de l'amélioration des troubles psychiques. Les valeurs de consommation et de la sévérité des troubles psychiques étaient évaluées avec l'ASI. En effet, avant l'intervention, toutes les participantes consommaient de l'alcool et de la drogue. Huit femmes sur neuf avaient une consommation évaluée entre considérable à sévère pour les deux substances. En ce qui concerne les troubles psychiques, huit participantes sur neuf ont été évaluées avec des troubles psychiques allant de modérés à sévères. Après 6 mois du début de l'intervention, la consommation d'alcool était nulle pour deux

femmes sur neuf, légère pour deux, modérée pour deux, considérable pour deux et sévère pour une femme. La consommation de drogue a aussi diminuée : quatre femmes étaient abstinentes, deux avaient une consommation légère, deux modérée et une sévère. Concernant les troubles psychiques, six participantes sur neuf n'avaient plus des troubles, deux légers, et une femme sévères.

4.3.6. Les groupes de soutien

Dans l'étude de Sword et al. (2004), les femmes disent qu'écouter les expériences des autres pendant les groupes de soutien, leur servait pour se rappeler des impacts dévastateurs que la drogue avait sur leur vie. Ecouter des expériences de vie similaires, donnait de l'espoir et de l'encouragement car les femmes voyaient les autres participantes améliorer leur vie. Savoir que d'autres femmes étaient passées par les mêmes étapes difficiles et qu'elles avaient réussi, leur donnait beaucoup de volonté. Toutes les femmes soulignent l'importance des groupes de soutien pour prendre conscience de la nécessité d'entreprendre un changement. Selon les prestataires de soins et les patientes qui ont pris parti dans la recherche de Howell et al. (1999), entendre les expériences des leurs paires et observer leurs changements de vie ont aidé les femmes à avoir de l'espoir.

Dans la recherche de Herzig et al. (2006), des professionnels de la santé ont créé des groupes de soutien regroupant des femmes enceintes avec les mêmes problématiques. Selon ces soignants, ce modèle de soins, appelé *centering pregnancy*, a beaucoup de succès et engendre de l'empowerment au sein du groupe.

Les participantes à l'étude de Lefebvre et al. (2010), ont identifié une possibilité d'amélioration : créer des groupes de soutien pour les femmes ayant la même problématique de consommation. Les participantes décrivent une plus grande aisance à exprimer leurs problèmes devant des gens qui ont traversé les mêmes expériences.

4.3.7. Le « *contingency management* » : le système avec les bons d'échange

L'étude quantitative de Jones et al. (2001) a démontré l'efficacité de l'approche *contingency management* pour les femmes enceintes sous méthadone. Le programme examiné par la recherche, avait une durée de 14 jours et offrait de bons d'échange pour renforcer deux comportements visés. Un groupe de femmes enceintes sous méthadone recevant les bons (groupe 1) a été comparé à un groupe qui ne recevait pas des bons (groupe 2). Initialement, la valeur des bons était de 5 dollars, et pour chaque jour consécutif où la participante atteignait un comportement visé (test urinaires négatifs et participation à au moins 4 heures de thérapies par jour) la valeur du bon augmentait de 5 dollars. Au 14^{ème} jour, les patientes pouvaient gagner jusqu'à 70 dollars par jour. A la fin des 14 jours, une patiente pouvait arriver à gagner 525 dollars au total. Les résultats sont : les femmes dans le groupe du *contingency management* ont augmenté considérablement l'abstinence aux drogues et la participation aux thérapies, en comparaison au groupe de contrôle. Au 7^{ème} jour le groupe recevant les bons d'échange avait une participation de 97%, tandis que dans le groupe de contrôle la participation était de 68%. Les participantes dans le groupe 1 avaient des taux d'urine positive à la cocaïne considérablement plus bas que celles du groupe 2. Il y a eu aussi une diminution des échantillons positifs aux opiacés, même si ce n'était pas un comportement visé. Les auteurs suggèrent donc que le renforcement direct de l'abstinence aux opiacés n'est pas le seul moyen pour réduire la consommation.

Cette étude montre donc un accompagnement non médicamenteux efficace complémentaire au traitement à la méthadone. L'approche est comportementale et se base sur le renforcement positif, en utilisant les bons échangeables en services ou biens matériels.

5. Discussion

Ce chapitre sert, dans un premier temps, à apporter un regard critique sur la méthodologie et sur la qualité des recherches analysées. Ensuite, les résultats

exposés dans le chapitre précédent seront analysés et interprétés à partir des cadres théoriques décrits dans le chapitre 2 et à partir des recherches antérieures. La dernière partie de ce chapitre abordera la question de recherche.

5.1. Analyse et regard critique des recherches sélectionnées

Nombreuses recherches ont dû être exclues, notamment pour des raisons d'échantillonnage (l'échantillon n'était pas composé de femmes enceintes). Aussi, les recherches ont été exclues quand le but était le dépistage de la consommation de drogues ou d'alcool et quand les stratégies d'intervention étaient uniquement médicales. D'autres études exclues exploraient des stratégies pour la prise en charge des bébés avec un syndrome de sevrage néonatal. Plusieurs recherches qui mesuraient l'efficacité de certains programmes spécifiques ont été exclues car la prise en charge n'était pas suffisamment détaillée pour pouvoir l'inclure dans les résultats.

Les années de publication se situent entre 1999 et 2010. Ceci montre que le sujet n'est pas récent, mais que peu de recherches ont été faites récemment dans le but d'améliorer l'accompagnement holistique de cette population. De ce fait, la majorité des recherches soulignent le manque important de connaissances concernant les stratégies actuelles pour pouvoir répondre à la globalité des problématiques. Il est essentiel de se questionner sur la signification de ce manque de recherches et sur les raisons de ce manque d'intérêt. L'auteure émet l'hypothèse que le manque de chiffres concernant l'incidence fait que cette problématique reste peu connue et sous-estimée par les professionnels.

Les recherches avec un devis qualitatif ont permis un aperçu très enrichissant dans l'univers de ces femmes. Cependant, elles ne nous permettent pas d'évaluer la réelle efficacité des interventions car elles se basent principalement sur les perceptions et les expériences des femmes, susceptibles d'être influencées par les émotions et l'état du moment. De plus, les études

rétrospectives, présentent d'avantage de limites, car les femmes se basent sur les souvenirs des expériences antérieures.

Plusieurs recherches montrent l'efficacité de stratégies d'intervention spécifiques. Elles ont été choisies car elles démontrent des prises en charge susceptibles d'aider les femmes enceintes qui consomment des substances à réduire les comportements à risque ou à favoriser la compliance au suivi. Pour ce qui est des soins infirmiers, il est important d'avoir une vision actuelle de ce qui peut être mis en place pour favoriser l'accompagnement, comme le *contingency management* ou un système de soins intégrés. Cependant, dans leur pratique quotidienne, les infirmier-e-s ne peuvent pas mettre en place ces programmes. Il s'agit de décisions médicales et/ou sociopolitiques. Malgré cela, les soignants pourraient un jour devoir travailler avec ces prises en charge spécifiques ; il est donc important de pouvoir saisir l'ampleur et les raisons de l'efficacité de cette intervention. De plus, quand ces stratégies d'intervention existent déjà, il est essentiel que les soignants connaissent le fonctionnement et l'efficacité pour pouvoir orienter la patiente vers ce type de programme.

5.2. Synthèse des résultats

Les résultats des 10 recherches sélectionnées sont très variés, et ceci car les objectifs des études étaient très différents entre eux. Ceci peut être expliqué par le fait que la prise en charge doit être holistique et ne peut donc pas cibler qu'une seule problématique, mais l'ensemble d'entre elles. Cependant, les problématiques qui gravitent autour des femmes ont pu être mises en évidence : le passé turbulent des femmes, l'entourage social pauvre, les sentiments de perception de soi négatifs qui les affligent, la comorbidité psychiatrique et d'autres facteurs tels que la pauvreté et la mauvaise alimentation. Ces éléments soulignent la complexité de la prise en charge des femmes enceintes qui consomment des substances. Les résultats des recherches exposent aussi des interventions susceptibles de favoriser l'accompagnement de cette population pendant la période prénatale. Des attitudes telles que l'empathie, le non jugement, le soutien, la validation, le

renforcement positif et la confidentialité ont démontré l'impact positif sur les patientes et sur la création d'une relation de confiance. Une information claire et authentique est également importante. Des stratégies d'intervention spécifiques qui peuvent améliorer l'accompagnement de ces femmes ont été mises en évidence : les réseaux de soins intégrés ou des modèles « à guichet unique », les soins à domicile, les groupes de soutien et le *contingency management*. Les réseaux de soins intégrés ou à « guichet unique » sont des soins qui se basent sur l'interdisciplinarité.

5.3. Discussion des résultats

5.3.1. Liens avec l'approche interactionniste

Le but de l'approche interactionniste est de co-construire un objet commun afin de pouvoir aller dans la même direction que le patient et de l'accompagner dans la réalisation de ses objectifs. Ceci est un élément qui est ressorti dans les résultats ; les participantes ont beaucoup apprécié de bénéficier du soutien des professionnels dans la prise de décisions. Ils étaient présents pour les aider à fixer et atteindre des objectifs, et non pour prendre des décisions à leur place. Ceci peut être lié à l'intersubjectivité, à la capacité du soignant et de la femme à communiquer entre eux à partir de leurs propres perceptions de la situation et à négocier une définition commune. L'importance de la communication est aussi citée par certaines femmes. Dans l'approche interactionniste de Fornerod (2010), la communication joue un rôle essentiel.

La femme dépendante aux drogues se présente souvent avec des besoins complexes touchant plusieurs dimensions. La grossesse pourrait même exacerber ses difficultés, en générant de l'anxiété, des sentiments de culpabilité et la peur d'être jugée. Ceci a souvent des impacts sur l'estime de soi, déjà faible au départ. Créer une relation basée sur la confiance et co-construire avec elle un objet commun est d'importance capitale dans la prise en charge de cette population. Cependant, le soignant a ses propres représentations de la situation : il peut avoir la représentation de « femme criminelle », de femme

refusant toute aide, de « patiente difficile », etc., comme les résultats ont montré. La femme aussi a ses représentations à elle : « ils vont m'enlever la garde de l'enfant », « de toute façon il ne font que de me juger, mépriser », « je suis considérée comme une criminelle », « cette fois, avec l'enfant à naître, je vais me sevrer car j'ai une motivation de plus ». Dans l'étude de Calvin et al. (2010) la position antagoniste des professionnels « nous contre elles » est ressortie. La réalité des deux acteurs peut être très différente, considérant que cette population vit souvent dans la précarité, qu'elle peut avoir des comorbidités psychiatriques, un bas niveau de scolarisation, etc. La culture et les valeurs, ainsi que le statut peuvent beaucoup varier, ce qui peut augmenter la difficulté à trouver un terrain d'entente et influencer l'interaction. Au début, l'objet commun pourrait être simplement « consommer des drogues et de l'alcool pendant la grossesse a des conséquences néfastes sur le fœtus ». Il s'agit d'un terrain d'entente, d'une négociation d'une « définition commune de la situation » (Fornerod, 2010, p.2). Ensuite, l'objet commun pourrait être, par exemple, l'objectif de la femme, de réduire ou arrêter la consommation en vue de maintenir la garde de l'enfant, par exemple.

Les bénéfices des attitudes de non jugement, d'empathie, de soutien ont souvent été indiqués comme des éléments les plus aidants pour créer une relation de confiance, pour favoriser la prise en charge et pour améliorer la compliance au suivi thérapeutique (Calvin et al., 2010 ; Lefebvre et al., 2010 ; Hall et al., 2006 ; Sword et al., 2004).

L'importance de la qualité de l'information a aussi été indiquée comme facteur important pour l'accompagnement de cette population. Certaines femmes, souvent avec une éducation limitée, ne connaissaient pas les effets des drogues sur le fœtus. Encore une fois, la communication entre soignant et soigné est très importante. Selon Fornerod (2010), une des règles de la communication est celle de la coopération ; elle implique la quantité, la qualité, la pertinence et la modalité. La règle de quantité signifie que l'intervention apporte autant d'information qu'il est nécessaire, pas trop ni trop peu. La règle de qualité demande que les deux actants ne disent que ce qu'ils croient être vrai. La règle de pertinence demande que l'information soit en rapport avec le

thème et qu'il y ait une cohérence dans le discours. Pour terminer, la règle de la modalité exige que le discours soit clair et non ambigu. Effectivement, les résultats des recherches témoignent l'importance, pour les femmes enceintes dépendantes à une substance, de recevoir des informations claires et authentiques et non contradictoires (Howell et al., 1999). Ceci aide à la construction d'une relation basée sur la confiance. Des attitudes menaçantes de la part du soignant, peuvent même exacerber la consommation (Howell et al., 1999).

La co-construction d'un objet commun et d'une relation de confiance est un élément fondamental dans la prise en charge, étant donné leur méfiance et réticence envers les soins, leur faible estime d'elles-mêmes et toutes les autres problématiques citées auparavant. Un des rôles du soignant est donc de permettre au patient de faire un choix éclairé et d'avancer ensemble vers son objectif, une direction qu'ait du sens pour lui. Co-constituer un objet commun permet à la patiente de rester actrice de l'objet mais surtout actrice de son évolution vers le changement de comportement visé.

Saisir la complexité du vécu des femmes enceintes dépendantes aux drogues illégales et/ou à l'alcool signifie essayer de comprendre la subjectivité de l'autre, pour pouvoir entrer en interaction. Donc, comprendre d'avantage la réalité dans laquelle ces femmes vivent, signifie aller vers l'autre dans le but de diminuer les différences de la perception de la réalité, pour pouvoir co-construire un objet commun et avancer ensemble.

Le concept de *face-work* (cf. annexe C), faisant partie du courant interactionniste, est introduit par la recherche de Calvin et al. (2010) ; il renforce le rôle central de l'interaction soignant – soigné et ses implications dans la relation. Cette théorie est pertinente pour comprendre le sentiment de menace et de stigmatisation de cette population. En effet, les stratégies de communication de chacun visent spontanément le besoin des deux actants de « garder la face », mais ceci peut être perçu comme une menace par l'autre, qui doit aussi « garder la face ». Par exemple, la femme peut percevoir le recueil de données fait par le soignant comme une menace ; ou encore, si le

soignant lui explique que consommer des drogues pendant la grossesse peut nuire au fœtus, elle peut se sentir critiquée ou jugée. Ces menaces peuvent donc conduire à un sentiment de stigmatisation de la femme de la part des professionnels. Les soignants doivent tenir présents ces éléments pour faciliter la création et le maintien d'une relation de confiance.

5.3.2. Lien avec l'interdisciplinarité

Les modèles de soins intégrés, ou à « guichet unique » ou encore modèles de soins centralisés (holistiques), sont des systèmes de prise en charge qui regroupent plusieurs disciplines sous un même toit, afin de mieux répondre aux besoins complexes d'une population donnée. Selon les études, l'efficacité de certaines prises en charge est aussi due à l'approche interdisciplinaire utilisée dans les soins. La complexité des dimensions qui entourent cette population rend le travail interdisciplinaire indispensable. En effet, les problématiques concernant ces femmes enceintes sont nombreuses, et souvent elles s'imbriquent entre elles. Par exemple, il n'est pas clair si l'isolement social ou la relation problématique avec le partenaire engendre ou exacerbe la consommation, ou si l'abus de substances découle de ces problématiques. Les complications de la grossesse, les maladies sexuellement transmissibles, la mauvaise alimentation, les troubles psychiques, le passé et l'entourage social, les aspects judiciaires, la pauvreté, le chômage, confirment la complexité de la prise en charge et justifient l'approche interdisciplinaire pour pouvoir y répondre.

Plusieurs recherches ont montré une synergie entre les disciplines et non seulement une juxtaposition des savoirs. Les liens entre les différentes professions avaient également pour but l'échange des connaissances, par exemple entre infirmier-e-s en santé communautaire et spécialistes en addictions, ou entre gynécologues et psychologues. Ceci montre la volonté d'améliorer la prise en charge des patientes grâce à un travail d'équipe où non seulement les différents acteurs apportent leur vision selon leur discipline, mais ils créent une certaine synergie pour atteindre un but

commun. Ni le médecin, ni l'infirmière, ne peuvent connaître les multiples facettes du système judiciaire ou de la mise en place du traitement à la méthadone. Il est donc important d'échanger les savoirs au sein de l'équipe pour accompagner au mieux la femme. Plusieurs recherches ont également montré que parfois les professionnels donnent des informations erronées ou peu claires aux patientes ; ceci peut être dû à des contre attitudes ou à un manque de connaissances de la problématique. Ces éléments peuvent causer un manque de confiance de la part de la patiente envers l'équipe. Les échanges et la circulation d'information au sein de l'équipe interdisciplinaire permettent donc de clarifier des éventuelles confusions, d'harmoniser l'information à donner et de renforcer la cohérence au sein de l'équipe. Dans les recherches, les équipes interdisciplinaires sont formées d'une grande variété de disciplines : médecin gynécologue, pédiatre, infirmier-e, infirmier-e en santé communautaire, conseiller en addiction, assistante sociale, diététicienne, agent de liaison. Dans certaines études, on peut bien se représenter le rôle central joué par la patiente (Corrarino et al., 2000). Les infirmier-e-s avec les autres professionnels ont le devoir de l'aider à définir son objectif pour ensuite l'accompagner dans la réalisation de celui-ci.

Un élément mis en évidence par plusieurs recherches est l'importance des professionnels de la santé de savoir mettre en lien les patientes avec d'autres services. Il est important de pouvoir répondre aux nécessités des femmes enceintes qui consomment des substances et donc de connaître les ressources du système de santé pour pouvoir leur offrir une prise en charge individualisée. En prenant en exemple les groupes de soutien, indiqués comme importants dans l'accompagnement de cette population, un professionnel de la santé doit pouvoir proposer et donner des adresses utiles pour répondre à leurs demandes, implicites ou explicites. Un des obstacles aux soins cités par les femmes et les professionnels, est le fait de devoir s'occuper des autres enfants (Howell et al., 1999). Un traitement résidentiel est donc possible seulement si l'établissement de soins prend en charge aussi les enfants. Si la femme entreprend un traitement ambulatoire, l'infirmier-e doit connaître des services pour placer les enfants

pendant les heures de thérapie (p.ex. en Suisse : « Maman de jour », les crèches existantes et leurs tarifs, « Chaperon rouge », etc.). Le soignant doit pouvoir donner des informations sur la possibilité des modalités de traitement, en collaboration avec le psychiatre, l'assistante sociale pour les possibilités financières, le gynécologue, etc. Le choix du mode de traitement, résidentiel ou ambulatoire, doit se faire avec la patiente pour pouvoir répondre à ces besoins mais aussi aux nécessités médicales. Ceci implique que les soignants doivent connaître les ressources externes de la région.

Le travail interdisciplinaire n'offre pas des bénéfices uniquement au patient. En effet, selon l'étude de Schofield et Amadeo (1999), travailler en interdisciplinarité renforce et éclairci le rôle de chacun, rend efficace la prise en charge, facilite l'empathie envers le patient et donne une plus grande objectivité que celle d'un membre du personnel travaillant seul. Ces deux derniers éléments sont importants car, dans la prise en charge des femmes enceintes qui consomment des drogues, on a vu que les attitudes des soignants peuvent vite glisser dans le jugement et dans d'autres contre attitudes. Voir et comprendre la patiente dans sa globalité, selon la vision des autres disciplines et de la sienne, peut en effet aider le soignant à être plus empathique et moins jugeant envers elle. Si, malgré tout, des attitudes négatives de la part du soignant persistent, l'intérêt du travail en équipe est d'avoir une vision plus objective de la situation pour que les contre-attitudes soit relevées et corrigées. Gache (2000) définit la contre-attitude une réaction émotionnelle du soignant qui influence la relation thérapeutique avec le patient. Ces réactions sont souvent déclenchées par un inconfort de la situation, souvent causé par les représentations que le soignant a de la consommation de drogues et ou d'alcool, de la relation qu'il a avec ces deux substances et par sa perception du rôle de soignant.

Un autre avantage du travail interdisciplinaire dans la prise en charge de cette population est le partage des expériences des intervenants ; cet élément peut aider à mieux résoudre ou « débloquer » certaines situations. Les professionnels peuvent ainsi partager une stratégie spécifique utilisée

dans le passé avec une autre patiente, qui, par exemple, l'a aidée à réduire les risques liés à la consommation.

Les résultats montrent que des approches mono -, multi -, ou pluridisciplinaires ne suffisent pas pour l'élaboration du projet de soins des patientes enceintes dépendantes aux drogues et/ou à l'alcool. Le travail interdisciplinaire est donc nécessaire. Selon Formarier (2004), il appartient à l'infirmier-e de susciter les rencontres interdisciplinaires. Dans la prise en charge des femmes enceintes qui consomment des substances, le rôle de l'infirmier-e au sein de l'équipe interdisciplinaire est de reconnaître les besoins de la patiente, solliciter les colloques interdisciplinaires et lors de ces occasions les transmettre aux différentes disciplines. Le rôle de l'infirmier-e peut être différent selon le milieu de soins où elle travaille.

5.3.3. Liens avec le processus de changement et la prévention de la rechute

La grossesse, dans plusieurs recherches, est souvent vue comme opportunité de changement du comportement à risque. Certaines femmes ont réduit leur consommation de drogues ou alcool, certaines ont commencé à mieux s'alimenter, à se reposer, à adopter un meilleur style de vie. Les résultats des recherches suggèrent que les femmes peuvent se trouver dans n'importe quel stade de changement. Certains professionnels ont dit que parfois ce sont les autorités qui mandatent l'entrée dans un suivi thérapeutique. La femme se trouve alors au stade de la pré-contemplation, elle n'a donc pas conscience du problème et la modification de comportement à risque sera par conséquent plus difficile. D'autres patientes se trouvaient clairement dans le stade de la contemplation : elles étaient conscientes du problème et l'ambivalence entre consommer et ne pas vouloir faire du mal au fœtus était caractéristique. La culpabilité est souvent présente et elle peut agir de moteur. Le stade suivant est la préparation au changement, où la femme a pris la décision de changer mais pas tout de suite. Dans les recherches il est difficile d'identifier des femmes dans ce stade. Cependant, les résultats des études analysées montrent que plusieurs participantes étaient dans le stade de l'action : elles sont décidées à

changer, souvent poussées par la motivation de ne pas nuire au fœtus, et elles entreprennent le changement. Plusieurs patientes ont arrêté la consommation et modifié leur environnement (l'entourage social notamment), modifié leur alimentation et leur style de vie. Les femmes se trouvant dans le stade suivant, celui de la stabilisation, s'engagent à normaliser leur changement. L'importance pour elles, c'est de stabiliser leur consommation aussi après la grossesse. Le dernier stade, la rechute, fait partie du processus normal de changement. Plusieurs recherches parlent de la rechute, en relevant l'importance de la considérer comme la règle mais d'essayer toutefois de la prévenir. Des sentiments négatifs peuvent précéder la rechute : sentiment de culpabilité, de honte, de diminution de l'estime de soi (Shieh et al., 2002). Comme souligné dans l'approche de la prévention de la rechute, les soignants doivent être attentifs à ces signes avant-coureurs. Les femmes peuvent se trouver dans des situations à haut risque : diminution de l'estime d'elles-mêmes, sentiment de culpabilité, contact avec leurs amis « consommateurs », etc. Les professionnels de la santé doivent aider les femmes à identifier ces situations à risque, les anticiper et trouver avec elles des stratégies cognitives et comportementales pour y faire face. Cependant, il est essentiel pour les professionnels en contact avec cette population de comprendre que la rechute est normale, une règle plutôt qu'une exception. Le processus n'est pas linéaire, donc les professionnels doivent aider la femme à entreprendre les stades avec les nouvelles ressources et compétences qu'elles ont développées auparavant. Cependant, comme souligné par l'approche de la prévention de la rechute, l'échec peut engendrer un sentiment de culpabilité et un abandon de l'objectif visé.

Une des motivations des participantes à entreprendre un changement, est la peur de perdre la garde de l'enfant. Elles perçoivent qu'elles pourraient perdre des bénéfices et ceci peut les aider dans le processus de changement. Au contraire, une faible estime d'elles-mêmes peut freiner le changement, car elles ne croient pas qu'elles peuvent réussir. Enlever la garde des enfants, mandater une thérapie, punir la femme sont des mesures qui dépendent de la législation du pays.

Le *contingency management* a démontré son efficacité dans la diminution de substances et dans la compliance au suivi thérapeutique. Cette stratégie d'intervention fait partie de la thérapie comportementale et est souvent utilisée dans le traitement des dépendances. Elle a pour but de renforcer des comportements positifs, dans ce cas l'arrêt de la consommation et la participation aux thérapies (Jones et al., 2001). Etant donné la précarité dans laquelle ces femmes vivent, une aide financière peut être perçue comme une motivation de plus à changer. La femme a donc un bénéfice en plus si elle change de comportement. Cependant, cette approche peut présenter un risque : à la fin du programme la femme ne va plus recevoir des bons d'échange et elle risque donc de rechuter dans la consommation. Les professionnels doivent donc porter beaucoup d'attention à la prévention de la rechute, en aidant la femme à stabiliser le changement de comportement et à lui faire prendre conscience des bénéfices autres que ceux pécuniaires.

La mise en lien des résultats avec le processus de changement, montre que la femme peut être dans n'importe quel stade et que les motivations peuvent être plus ou moins fortes. L'importance est de reconnaître le stade dans lequel elle se trouve et de l'accompagner aux stades suivants, avec les ressources qu'elle possède. La recherche de Corrarino et al. (2000) relève l'importance de comprendre dans quel stade de changement se trouve la femme et d'avancer avec elle selon son rythme. Cet élément est à la base du concept du processus de changement de Prochaska et Di Clemente (Prochaska, Di Clemente & Norcross, 1992).

Pour ce qui concerne les groupes de soutien, les résultats montrent que les femmes les considéreraient importants pour réaliser la nécessité d'effectuer un changement et/ou pour le stabiliser (Sword et al., 2004 ; Herzig et al., 2006 ; Lefebvre et al., 2010).

Ecouter les expériences des autres femmes peut leur faire prendre conscience du problème et en même temps leur montrer qu'elles peuvent réussir. Partager des stratégies sur comment elles ont entrepris les modifications dans leur vie pour stabiliser l'abstinence ou la réduction de la consommation peut être très enrichissant pour elles. De plus, les groupes de soutien peuvent les aider à ne

pas se démotiver quand elles rechutent, car plusieurs d'entre elles ont déjà vécu cette expérience.

Concernant les résultats de l'étude de Shieh et al. (2002), les femmes doivent souvent lutter contre l'ambivalence entre la consommation et la création d'un attachement avec leur fœtus. Une éducation prénatale regardant l'appréciation des mouvements du fœtus peut aider les femmes à en interpréter le sens et ainsi à rendre l'enfant plus réel. Un fort attachement avec le fœtus pourrait motiver les femmes à diminuer ou à arrêter la consommation, et à adopter un style de vie sain.

5.4. Réponse aux questions de recherche

La question de recherche était : « En prenant connaissance des problématiques associées aux femmes enceintes qui consomment des drogues illégales ou de l'alcool, quelles stratégies d'intervention infirmières favorisent l'accompagnement de ces femmes? ». Pour répondre à la première partie de la question, concernant les problématiques associées à cette population, les réponses sont :

- L'histoire personnelle est souvent problématique et le réseau social pauvre.
- Une faible estime d'elles-mêmes ainsi qu'un sentiment de culpabilité sont souvent présents.
- Cette population présente souvent d'autres problématiques touchant les dimensions bio-psycho-sociales : la pauvreté, le chômage, le bas niveau de scolarisation, des implications avec le système judiciaire, la polyconsommation, des comorbidités psychiatriques, des risques accrus à certaines pathologies somatiques et une mauvaise alimentation. L'expérience de la grossesse peut être vécue sous différentes formes.

- Certains facteurs peuvent constituer des obstacles aux soins : les attitudes de jugement des soignants, la peur de perdre la garde des enfants, le fait de devoir s'occuper des autres enfants.

Les réponses à la deuxième partie de la question de recherche, s'intéressant à l'accompagnement et donc aux stratégies d'intervention, sont :

- Co-construire un objet commun et une relation de confiance avec la femme, en adoptant des attitudes de non jugement, de validation, de soutien, d'empathie, de confidentialité. Ceci permet d'accompagner la patiente dans la prise de décision et dans l'atteinte de ses objectifs. De plus, ces attitudes sont susceptibles de favoriser la compliance au suivi thérapeutique.
- En connaissant les problématiques de cette population, le soignant peut mieux cibler la prise en charge et ainsi répondre à leurs besoins spécifiques : les infirmier-e-s doivent donc pouvoir évaluer l'état psychique de la patiente et l'attachement avec le fœtus, investiguer les problèmes psychosociaux, faire un recueil des données détaillé, etc.
- Pour une prise en charge individualisée ciblant les besoins de la femme, le soignant doit bien connaître les ressources externes pour pouvoir l'adresser à des groupes de soutien, aux soins à domicile, ou à des programmes spécifiques déjà existants (*contingency management* utilisant des bons d'échange ou réseau de soins intégrés conçu pour cette problématique).
- Connaître les problématiques sous-jacentes aide à co-construire un objet commun ainsi qu'une relation de confiance.
- Favoriser et renforcer l'attachement avec le fœtus pour aider la femme à diminuer la consommation.
- Accompagner la femme à travers son processus de changement, selon son niveau de motivation et la féliciter quand elle atteint son objectif.

- Aider la patiente dans la stabilisation du changement de comportement.
- Aider la femme à identifier et anticiper les signes avant-coureurs de la rechute et trouver avec elle des stratégies pour y faire face.
- Les problématiques de cette population étant nombreuses et complexes, le travail interdisciplinaire est indispensable afin de répondre à chaque besoin.
- Travailler en interdisciplinaire implique des rencontres régulières, la connaissance des différentes disciplines et l'échange des savoirs et des expériences au sein de l'équipe afin d'améliorer la prise en charge des patientes.
- L'information donnée aux patientes doit être claire et authentique.

6. Limites de la revue de littérature étoffée

La quasi-totalité des recherches provient de pays anglophones. Il est connu que dans ces pays, surtout au Canada, la tradition de la recherche en soins infirmiers est plus répandue qu'en Europe, et en particulier plus qu'en Suisse. Le choix des pays où les recherches ont été effectuées était donc limité. Ceci peut comporter des limites à cette revue de littérature. En effet, le contexte sociopolitique peut influencer la prise en charge des femmes enceintes qui consomment des drogues et/ou de l'alcool. La portée de la problématique, la précarité, le chômage, le système de protection de l'enfance, l'existence de certaines stratégies d'intervention, le budget et les sponsorisations, sont des éléments très liés au contexte politique et social du pays. Ceci est donc une limite à tenir compte pour l'implication dans la pratique en Suisse.

Ce travail a pour but de répondre à une question de recherche ciblant une problématique précise et délimitée. Bien que ceci ait permis d'approfondir le sujet, cette revue de littérature n'a pas permis de traiter du dépistage et de la

prise en charge néonatale. Dans la réalité professionnelle, ces deux éléments sont vitaux dans le suivi des patientes.

Les recherches qui ont été sélectionnées et ensuite analysées sont en anglais, ce qui n'est pas la langue maternelle de l'auteure. En outre, la langue française n'est pas non plus la langue d'origine de l'auteure. Ces éléments doivent être pris en considération car, malgré les bonnes connaissances de ces deux langues, certaines finesses du vocabulaire ont peut-être été omises ou mal interprétées.

Cette revue de littérature est une première expérience dans le domaine de la recherche scientifique. Cet élément doit être pris en considération car, bien que ce travail ait été effectué en respectant le plus possible les critères méthodologiques, certains détails ont pu échapper aux yeux d'une débutante.

Conclusion

Cette revue de littérature a permis de mettre en évidence les problématiques majeures associées aux femmes enceintes qui consomment des substances telles que drogues ou alcool, afin de mieux comprendre l'univers de cette population. Des stratégies d'intervention susceptibles de favoriser l'accompagnement de cette population ont été trouvées. L'auteure a donc réussi à répondre à la question de recherche composée de deux objectifs. Cependant, la différence du contexte sociopolitique entre les pays où les recherches ont été effectuées et la Suisse, a une influence importante sur l'application et la pertinence de certaines interventions.

La prise en charge de chacune de ces femmes doit être individualisée en fonction des problématiques qui la touchent. Les stratégies d'intervention infirmière doivent répondre aux besoins spécifiques de cette population et demandent l'application du travail interdisciplinaire. Les ressources du système de santé doivent être connues et utilisées.

Une majeure sensibilisation des professionnels de la santé à cette problématique pourrait favoriser la prise de conscience en besoin de recherches ultérieures sur la problématique de la consommation de substances en période prénatale.

Bibliographie

Ouvrages

Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. & Tatano Beck C. (2007). Chapitre 7: Trouver de la documentation et en faire l'analyse. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (pp. 138-157). Québec: ERPI.

Articles de périodiques

Abrahams, R., Chase, C., Desmoulin, J., Kahan, M., Knoppert, D., Koren, G., Lyons, L., Ordean, A., Roukema, H. & Uddin, F. (2012). The opioid dependent mother and newborn - an update. The 6th annual Ivey Symposium. *The Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 19, 73-77.

Brulet, C., Chanal, C., Ravel, P., Mazurier, E., Boulot, P. et Faucherre V. (2007). Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes. 114 grossesses suivies en 5 ans. *La Presse Médicale*, 11, cahier 1.

Calvin, C. & Moriarty, H. (2010). A special type of « hard-to-reach » patient : experiences of pregnant women on methadone. *Journal of Primary Health Care*, 2, 61-69.

Chan, J.C., Dado, D., Frankel, R.M., Rodriguez, K.L., Zickmund, S., Ling, B.S. et Arnold, R.M. (2008). When pregnant patients disclose substance use : missed opportunities for behavioural change counseling. *Patient Education and Counseling*, 72, 394-401.

Corrarino, J.E., Williams, C., Campbell, W.S., Amrhein, E., LoPiano, L. & Kalachik D. (2000). Linking substance-abusing pregnant women to drug treatment services: a pilot program. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 4, 369-376.

Day, E., George, S. (2005). Management of drug misuse in pregnancy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 253-261.

Fiocchi, F.F., Kingree, J.B. (2001). Treatment retention and birth outcomes of crack users enrolled in a substance abuse treatment program for pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 137-142.

Formarier, M. (2004). La place de l'interdisciplinarité dans les soins. *Recherche en Soins Infirmiers*, 79, 12-18.

Fortier, I. (2002). Le défi humain de la multidisciplinarité et la quête de l'interdisciplinarité. *Sources ENAP*, 17, 1-2.

Fortin, B. (2000). L'interdisciplinarité : rêves et réalité. *Psychologie Québec*, 17, 39-40.

Franchitto, M.-C., Peyrefort, E. & Tellier, G. (s.d). Toxicomanie, femmes enceintes et maternité: une nécessaire évolution de la prise en charge.

Gache, P. (2000). Prise en charge du patient alcoolo-dépendant : préjugés et contre-attitude. *Médecine et hygiène*, 58, 1943-1946.

Hall, J.L. & van Teijlingen, E.R. (2006). A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. *BMC, Pregnancy and Childbirth*, 6, 1-11.

Hatters Friedman, S., Heneghan, A. & Rosenthal, M. (2009). Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38, 174-181.

Hendershot, C.S., Witkiewitz, K., George, W.H. et Marlatt, G.A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 1-17.

Herzig, K., Danley, D., Jackson, R., Petersen, R., Chamberlain, L. & Gerbert, B. (2006). Seizing the 9-month moment : Addressing behavioral risks in prenatal patients. *Patient Education and Counseling*, 61, 228-235.

Howell, E.M. & Chasnoff, I.J. (1999). Perinatal substance abuse treatment. Findings from focus groups with clients and providers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 139-148.

Ismail S., Buckley S., Budacki R., Jabbar A. & Ian Gallicano G. (2010). Screening, diagnosing and prevention of Fetal Alcohol Syndrome : is this syndrome treatable ? *Developmental Neuroscience*, 32, 91-100.

Jones, H. E., Haug, N., Silverman, K., Stitzer, M. & Svikis, D. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 297-306.

Kashiwagi, M., Sieber, S., Rechsteiner, C., Lauper, U., Zimmermann, R. & Ehler, U. (2009). Psychological mood state of opiate addicted women during pregnancy and postpartum in comparison to non-addicted healthy women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30, 201-201

Kissin, W.B., Svikis, D.S., Morgan G.D. & Haug, N.A. (2001). Characterizing pregnant drug-dependent women in treatment and their children. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 27-34.

Lejeune, C., Simmat-Durand, L., Gourarier, L. & Aubisson, S. (2006). Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 250-257.

Luttenbacher, C. (1999). La maternité chez les femmes toxicomanes: l'impact des dimensions normatives et de la culture professionnelle chez les professionnels de santé. *Deviance et Société*, 23, 313-340.

Minnes, S., Lang, A., Singer, L. (2011). Prenatal Tobacco, Marijuana, Stimulant, and Opiate Exposure: Outcomes and Practice Implications. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6, 57-70.

Nacache, L., Cherrih, B., Darreye, A. & Lejeune C. (2009). Méthadone et grossesse. Révue de la littérature et données récentes. *Le Flyer*, 36.

Office Fédéral de la Santé Publique (2011). Alcool et grossesse. *Fiche d'information, Confédération Suisse*.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992). In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 9, 1102-1114.

Pullen, D. The dangers of alcohol and pregnancy : nurses have the responsibility to educate women about the dangers of drinking alcohol during their pregnancies (2004). *Nursing New Zeland*, 2,17-19.

Shieh, C., Kravitz, M. (2002). Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Women Who Use Illicit Drugs. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31, 156-164.

Shieh, C., Kravitz, M. (2006). Severity of drug use, initiation of prenatal care, and maternal-fetal attachment in pregnant marijuana and cocaine/heroin users. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 499-508.

Sword, W., Niccols, A. & Fan, A. (2004). "New Choices" for women with addictions: perceptions of program participants. *BMC Public Health*, 4, 1-11.

Voyer, P. (2000). L'interdisciplinarité, un défi à relever. *The Canadian*

Nurse/L'infirmière canadienne, 5, 39-44.

Winklbaaur, B., Kopf, N., Ebner, N., Jung, E., Thau, K. & Fischer, G. (2008). Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. *Addiction*, 103, 1429–1440.

Wong, S., Ordean, A. & Kahan, M. (2011). Substance use in pregnancy. Clinical Practice Guideline. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 33, 367-384.

Polycopiés et documents de cours

Bassal, C. & Nadot, N. (2011). *Grille de lecture critique d'un article scientifique. Approche qualitative*. [Document]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Bassal, C. & Nadot, N. (2011). *Grille de lecture critique d'un article scientifique. Approche quantitative*. [Document]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Bulliard Verville, D. (2011). *Enjeux, défis, difficultés du travail en équipe interdisciplinaire. Quelles implications pour l'infirmière HES ?* [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Bulliard Verville, D & Baeriswyl, C. (s.d.). *Travail en équipe interdisciplinaire: enjeux, difficultés, solutions*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Fornerod, P. (2010). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Gasser, C. (2010). *Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé

Nadot, N. (2010). *Revue systématique de littérature*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Perrinjaquet, D. (s.d.). *Les troubles liés à une substance*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Progin, E. (2006). *Modèle du processus de changement de comportement élaboré par Prochaska, Norcross et Di Clemente*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Sites Web et courrier électronique

Addiction Suisse (2009). *Addiction Suisse – Consommation*. [Page WEB]. Accès : <http://www.suchtschweiz.ch/fr/faits-et-chiffres/heroine/consommation/> [Page consultée le 1.08.12].

De Vaucelles, C. (2010). *Revue de littérature. Cannabis et grossesse*. [Page WEB]. Accès : http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2010_02-S34_36.pdf [Page consultée le 10.08.12].

Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)*. [Page WEB]. Accès : <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/facts.html> [Page consultée le 12.08.12].

Felber, T. *Grossesse et toxicomanie : chiffres ?* (2012, 5 août). [Courrier électronique à Addiction Suisse]. [En ligne]. biblio@addictionsuisse.ch

Felber, T. *Grossesse et toxicomanie : chiffres ?* (2012, 5 août). [Courrier électronique à l'Office Fédéral de la Santé Publique]. [En ligne]. baggrundlagen@bag.admin.ch

Medicaid (2012). *Medicaid | HealthCare.gov*. [Page WEB]. Accès : <http://www.healthcare.gov/using-insurance/low-cost-care/medicaid/#howmed> [Page consultée le 12.08.12].

Prisma (2009). *Prisma – Transparent reporting of systematic reviews and meta-*

analyses. [Page WEB]. Accès : <http://www.prisma-statement.org/statement.htm>
[Page consultée le 29.08.12].

Textes de loi

Loi du 23 mars 2001 sur l'interruption de grossesse non punissable. Berne :
Office de la Législation.

Autres

Fauré, M. (s.d). *Goffman : Le travail de la face (« Face work ») ou figuration.*
Travail de diplôme.

Organisation Mondiale de la Santé (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm.* Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2003). *Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance - OMS, série de rapports techniques, No. 915 - Trente-troisième rapport.* Genève.

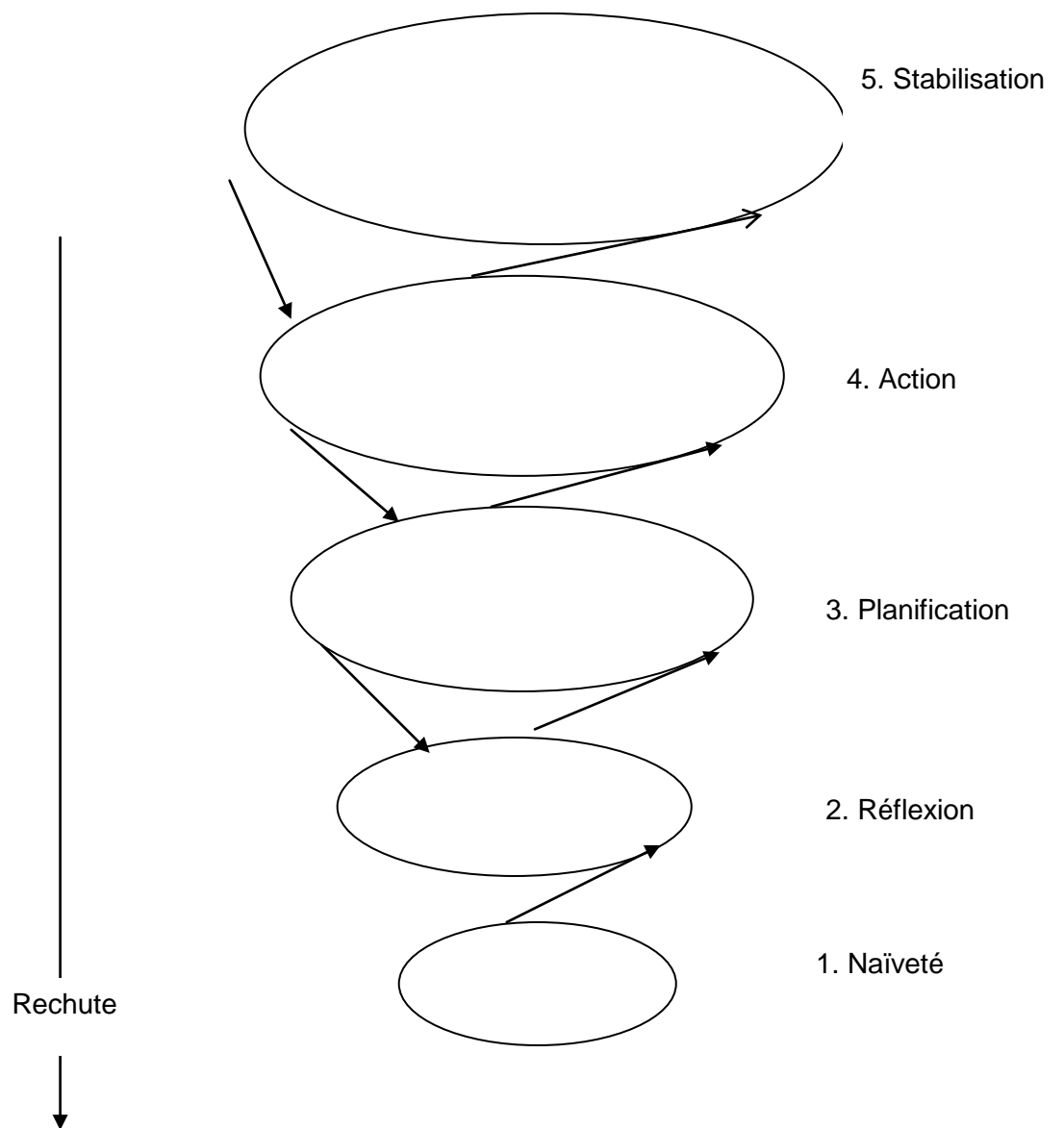
Annexes

Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail personnellement, en respectant les normes et les règles en vigueur à la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans ce travail sont identifiées et nommées ».

Tea Felber

Annexe B : Le processus de changement



Annexe C : Concept *face-work* (la théorie des faces)

Le concept de *face-work* a été introduit par Erving Goffman, sociologue et linguiste américain, après avoir étudié la communication interpersonnelle des individus. Ce concept considère que la personnalité de l'individu est créée, renforcée, diminuée et maintenue par des interactions communicatives. Le *face-work* comprend des stratégies communicatives qu'une personne utilise pour « jouer » la propre face dans l'interaction avec l'autre. Il s'agit de la façon dont une personne, en communiquant avec un individu, maintient la face en cas de menace ou dans le but de prévenir une menace. Selon Goffman, le monde social est un théâtre et l'interaction une représentation. La personne essaie de garder la face pour donner une image de soi valorisante et pour défendre son territoire (Fauré, s.d.). Un individu garde la face lorsque l'image qu'il donne est cohérente avec l'image de lui-même. Dans l'interaction avec l'autre, l'individu doit équilibrer l'amour propre (sauver la face) et la considération pour l'autre. Donc, les deux interlocuteurs se conduisent de façon à garder leur propre face mais aussi celle de l'autre (Calvin & Moriarty, 2010).

Annexe D: Grilles d'analyse critique

Recherche 1 : Howell, E.M. & Chasnoff, I.J. (1999). Perinatal substance abuse treatment. Findings from focus groups with clients and providers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 139-148.

Résumé	
	<p>But : 33 groupes de discussions ont été conduits avec : 1) des femmes enceintes impliquées dans un traitement pour la dépendance à une substance et 2) leurs prestataires de soins. Le but était d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent le processus de traitement et les interventions qui répondent au mieux aux besoins de cette population à risque.</p> <p>Méthodologie : étude qualitative basée sur des groupes de discussion.</p> <p>Résultats : les participantes avaient eu des enfances difficiles, avaient un réseau social pauvre, une relation difficile avec leur partenaire, dont bon nombre avaient aussi un problème d'abus de substances. La majorité d'entre elles avait des enfants, ce qui compliquait encore plus l'entrée et le maintien dans un suivi thérapeutique. Cependant, la peur de perdre la garde des enfants était le plus grand facteur de motivation pour se faire soigner. Des éléments importants pour la réussite d'un programme thérapeutique étaient : (a) le développement des liens entre les différentes organisations gouvernementales, en particulier le système de protection des enfants, les professionnels des soins prénataux et des centres de traitement pour les troubles liés à une substance ; (b) <i>outreach</i> (traduction libre : travail social de proximité) et les stratégies pour identifier les femmes enceintes qui consomment des drogues, grâce à la formation du personnel et le dépistage systématique ; (c) Gestion de cas intensive (case management) nécessaire pour mettre en lien les femmes aux services dont elles ont besoin afin d'entrer dans un programme de traitement : garde d'enfant, transports, logement, ...</p>

Introduction	
Enoncé du problème	Les auteurs veulent approfondir la compréhension des procédures des programmes existants. Le but est d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent le processus de traitement et les interventions qui répondent au mieux aux besoins de cette population à risque.
Recension des écrits	<p>Beaucoup de recherches ont été faites sur l'impact des drogues sur le fœtus. Dans les dernières années il a été prouvé que les interventions thérapeutiques auprès des femmes enceintes qui consomment des drogues améliorent considérablement les résultats de la grossesse et du bébé. Il faut développer des programmes thérapeutiques appropriés et les relier aux soins prénataux.</p> <p>Entre 1993 et 1996, le Health Care Financing Administration (l'organisme fédéral qui administre Medicaid) a fondé des programmes pour améliorer les soins aux femmes enceintes qui consomment des drogues, dans 5 états des Etats-Unis. Ces 5 Etats ont développé et mis en œuvre de projets pour fournir des meilleurs services et coordonner les soins prénataux avec les soins pour les dépendances. Les procédures et les résultats des projets ont été évalués par plusieurs organismes nationaux. Cette présente étude fait donc partie d'une plus grande évaluation.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Programmes pour le traitement de l'abus de substance.
Question de recherche	Quels sont les interventions qui facilitent, et au contraire qui entravent, les soins aux femmes enceintes dans un programme de traitement pour les troubles liés à une substance ?
Méthodes	
Tradition et devis de recherche	Etude qualitative utilisant des groupes de discussion.

Population et contexte	<p>33 groupes de discussion dans 5 états des Etats-Unis. Les groupes incluait 3 types de participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les administrateurs des programmes (25, 5 groupes) - les prestataires de soins (comprenant infirmier-e-s, medecins, gestionnaires de cas, agents de liaison, thérapeutes) (147, 16 groupes) - les femmes faisant partie des programmes (88, 12 groupes).
Collecte des données et mesures	<p>Les groupes de discussion comptaient en moyenne 8 participants chacun et variaient entre 4 à 15 participants. Les discussions ont été enregistrées et retranscrites ; elles étaient structurées et se basaient sur des questions ouvertes. La durée variait entre 1 et 2 heures.</p> <p>Les domaines de discussion touchés étaient 4 : (1) les caractéristiques des clientes (« qui sont les clientes de ces projets ? », « Comment leurs caractéristiques influencent les résultats des projets ? ») ; (2) Liens inter organisationnels (« Quels approches administratifs sont essentiels pour ce type de programme ? ») ; (3) <i>outreach</i>(traduction libre : travail social de proximité), dépistage et identification (« Quels sont les obstacles auxquels les projets font face pour identifier les femmes admissibles ? ») ; (4) Le traitement (« Quelles sont les interventions thérapeutiques ? Qu'est-ce qui marche et qu'est-ce qui ne marche pas ? »).</p> <p>Après avoir retranscrit et résumé les discussions, les résultats ont été regroupés.</p> <p>Les animateurs ont laissé continuer les discussions sans mettre une limite de temps.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les prestataires de soins et les administrateurs ont été choisis par les chefs des programmes. Les femmes ont été choisies par les gestionnaires de cas de chaque programme clinique. Les participants n'ont donc pas été choisis au hasard. Les femmes ont donné leur accord verbalement, qui a été enregistré. La garantie de confidentialité et d'anonymat a été donnée à tous les participants.</p> <p>Le déroulement de recherche est assez détaillé pour que les résultats et les conclusions soient crédibles et transférables. L'étude a donc été conduite de façon rigoureuse.</p>

Résultats	
<p>Traitement des données</p>	<p>Chaque groupe de discussion a été enregistré ; les enregistrements ont été retranscrits et ensuite résumés aussi grâce aux observations écrites des animateurs.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p><u>Les femmes</u></p> <p>Antécédents de l'abus de substance :</p> <p>Les auteurs ont pu se faire une idée claire des contextes de vie des femmes en question. Il s'agit de femmes ayant eu généralement une enfance difficile, ce qu'elles considèrent être un facteur important dans le déclenchement de l'abus de substance. Souvent, elles ont grandi dans des familles avec un ou plusieurs membres qui consommaient des drogues. Le plus jeune âge du début de la consommation était 5 ans. La majorité des femmes ayant commencé avant 10 ans, a pu faire le lien entre la première prise de drogue et des abus sexuels.</p> <p>Plusieurs femmes ont dû lutter contre des problèmes intergénérationnels : souvent les grands-parents, les parents, les frères et sœurs étaient aussi impliqués dans l'abus de substance. Incestes, abus sexuels et violence étaient des éléments faisant partie de leur vie quotidienne. Les femmes ont une faible estime de soi, et ce sentiment de dévalorisation est renforcé par la société qui a une perception très négative des femmes dépendantes aux drogues.</p> <p>Entourage social :</p> <p>Un bon nombre de femmes participant à cette étude ont un réseau de soutien pauvre ou inexistant. Le groupe d'amis était essentiellement constitué de personnes avec lesquelles elles consommaient de la drogue. Une fois intégrées dans un programme pour l'abus de substance, elles étaient souvent rejetées par leurs amis, et en même temps stigmatisées par le reste de la société. Une participante dit que quand elle a commencé un suivi thérapeutique pour sa dépendance, elle a été exclue par ses amis et a perdu son entourage social. Elle souligne l'importance d'avoir un autre réseau d'amis pour être soutenue et aidée à travers la réhabilitation.</p> <p>En général, la relation avec leur partenaire était complexe. Souvent, les femmes vivaient dans les menaces de leurs compagnons, car ils avaient besoin qu'elles restent impliquées dans la drogue pour avoir un contrôle majeur sur elles. Les partenaires sont aussi souvent dépendants à une substance. Une femme dit qu'elle aurait besoin d'aide pour le quitter, car elle sait que s'éloigner de lui serait un facteur facilitant pour arrêter de</p>

consommer, mais elle n'y arrive pas. Elle définit la relation comme une « dépendance malsaine ».

La majorité des participantes avait déjà des enfants, mais elles avaient perdu la garde. Le fait de maintenir la garde de ses enfants a été indiqué comme un des facteurs de motivation plus grands. En même temps, s'occuper des enfants prend beaucoup de temps et est souvent un facteur déterrent pour chercher de l'aide ou maintenir un suivi thérapeutique. Le sentiment de culpabilité concernant l'abus de substance et ses conséquences sur les enfants, complique le rétablissement.

Tribunaux et services de protection de l'enfance :

La majorité des participantes était impliquée avec le système judiciaire ou avec les services de protection de l'enfance. Souvent, leur traitement pour la dépendance avait été mandaté. En effet, la menace de perdre la garde des enfants ou l'incarcération étaient des incitatifs pour plusieurs femmes à commencer un sevrage. Ce système de mandater le traitement est un sujet controversé au sein des prestataires de soins : certains pensent que cette approche punitive peut être efficace pour que la femme fasse face à son addiction. Un prestataire de soins, dit qu'il voit souvent un changement radical quand la femme réalise qu'il y a la possibilité de perdre la garde de l'enfant. La menace de perdre des bénéfices est un grand motivateur chez les personnes dépendantes. D'autres prestataires de soins ont une opinion différente : les poursuites judiciaires des femmes enceintes pour abus de drogue font tellement peur qu'elles ne cherchent pas de l'aide pour crainte d'être « découvertes ». Cet avis est partagé par des femmes. En effet, au sein d'un groupe de discussion où toutes les femmes avaient perdu la garde de leur(s) enfant(s), quand l'animateur a demandé « Qu'est-ce que vous feriez si une de vos amies était enceinte et consommait de la drogue ? », les femmes ont répondu : elles essaieraient de la persuader d'arrêter la consommation et lui conseilleraient de ne rien dire au médecin ou au service social à propos de la dépendance. Ceci montre que la menace de perdre la garde des enfants peut être plus grande de la motivation à se faire soigner.

Les programmes

Collaboration inter organisationnelle :

Les programmes essaient de mettre en lien les soins prénataux avec les suivis pour le traitement des dépendances. Ceci afin que les professionnels des soins prénataux soient conscients des ressources au sein de la communauté et qu'ils aient les connaissances pour identifier cette population et l'adresser aux services compétents. Les programmes cherchent à améliorer les connaissances des prestataires de soins pour les

dépendances sur les besoins médicaux et sociaux des ces femmes enceintes. En effet, les groupes de discussion ont montré que plusieurs professionnels de la santé ne connaissaient pas les services à disposition au sein du réseau ou comment les utiliser. Ainsi, les professionnels de la santé perdaient beaucoup de temps avec les formalités administratives et risquaient de perdre de vue la femme ou de retarder son entrée en traitement. Plusieurs prestataires ont exprimé un sentiment de frustration car le temps pris par la bureaucratie souvent faisait que les femmes ne retournaient pas aux suivis prénataux. Ils soulignent l'importance de pouvoir leur donner un rendez-vous dans des courts délais. Les administrateurs des programmes indiquent le manque de guidelines et d'un système de qualité fournis par les états. Le développement des services de soins intégrés encourage la collaboration inter organisationnelle.

Outreach :

Le problème le plus important rencontré par les programmes, est celui des méthodes de sensibilisation pour impliquer les femmes enceintes dépendantes à une substance dans les soins. Les approches des médias, tels que les publicités, ne sont souvent pas efficaces à cause du haut niveau de déni et de la possibilité d'analphabétisme chez cette population. D'autres programmes de soins prénataux utilisaient des travailleurs sociaux de proximité pour recruter les femmes. Ceci n'est pas toujours efficace car les travailleurs sociaux ne sont souvent pas spécialisés en abus de substance ; de plus, travailler dans les rues crée souvent des problèmes logistiques et sécuritaires. Pour certaines participantes, les personnes qui les ont aidées à être sensibilisées et ensuite à s'impliquer dans un suivi thérapeutique, sont les membres de la famille. Une autre stratégie qui a semblé être efficace, est le « bouche-à-oreille » par des anciens consommateurs qui ont suivi le traitement. Selon les prestataires de soins et les patientes, entendre les expériences des leurs « paires » et voir les changements de vie qu'elles ont pu faire, aide les femmes à avoir de l'espoir.

Dépistage et identification dans des contextes de soins prénataux :

Un des buts principaux des programmes était d'identifier tôt les femmes enceintes qui consomment des drogues. Deux types de dépistage étaient utilisés : l'analyse des urines et le dépistage verbal. Selon les professionnels de la santé, ce dernier semblait être plus subjectif et donc moins fiable. Aussi les femmes avouent avoir essayé de ne pas révéler leur consommation de substance. Les prestataires de soins et les administrateurs expriment leur préoccupation concernant le manque de formation des médecins en abus de substance et leur réluctance à adresser les femmes vers des centres spécialisés.

Une autre problématique concernant le dépistage a été identifiée par les femmes : une fois que le médecin identifie le problème d'abus de substance, il y a souvent des tensions qui se créent dans la relation patiente - médecin. Ces tensions pouvaient arriver aussi quand la femme rechutait dans la consommation. Des femmes racontent de médecins qui ont des attitudes de jugement et non empathiques et qui utilisent « une politique de terreur » en disant que le fœtus est mort quand ce n'est pas le cas. Ces attitudes, aux dires de ces femmes, exacerbent la consommation de substance.

Traitement de l'abus de substance :

Idéalement, un éventail d'options de traitement devrait être disponible pour ces femmes enceintes dans chaque communauté. Ce projet a démontré que ce n'est pas le cas : il manque des alternatives des soins pour pouvoir offrir aux femmes des suivis individualisés, selon leurs besoins. Par exemple, une patiente peut passer plusieurs mois dans une structure fermée pour sa dépendance, mais après elle doit réapprendre à être dans la vie quotidienne, à passer devant le magasin des liqueurs, devant son dealer, à avoir de l'argent dans les poches et ne pas l'utiliser pour acheter de la drogue, etc. Plusieurs participantes ont exprimé de l'anxiété par rapport au traitement résidentiel, car ceci signifie se séparer de la famille et des amis, et souvent aussi des enfants. Les membres du personnel avaient des idées divergentes à propos des critères appropriés pour placer la femme dans une structure plutôt qu'une autre ; cependant, la majorité des prestataires de soins est d'accord de dire que la décision d'un traitement ambulatoire ou résidentiel devrait se faire avec la femme, en tenant compte de ses besoins individuels et de son accord.

Un des facteurs de succès pour des résultats à long terme des programmes, est la prévention des rechutes. Les prestataires de soins soulignent l'importance d'être préparés à toute sorte de problématique : violence domestique, HIV, syphilis, complications médicales de la grossesse, irritabilité du nouveau-né, développement problématique de l'enfant, parentage dysfonctionnel et maltraitance des enfants. Les femmes enceintes qui consomment des substances doivent être aidées à faire face à ces problèmes car c'est un moyen pour les aider à stabiliser leur vie et donc à ne pas rechuter dans la consommation. Les équipes de soins utilisent les *intensive case management* (gestion des cas intensive), pour analyser et résoudre les situations complexes. La maladie psychiatrique est aussi répandue parmi cette population ; l'importance, selon les professionnels, est de les rendre conscientes de la maladie psychique et de les adresser à un programme de santé mentale.

Certains programmes ont intégré dans leur offre en soins des cours portant sur la préparation à l'emploi et sur

	<p>le développement des compétences nécessaires à la vie quotidienne.</p> <p>Les programmes essaient d'augmenter le plus possible la diversité de l'équipe de soins, afin de répondre au mieux aux besoins des femmes et prodiguer des soins adaptés à la culture. Par exemple, au sein d'une équipe une sage-femme est afro-américaine et une autre portoricaine. Selon les dires d'une patiente, ce qui l'a aidée le plus est de recevoir les cours sur le développement des compétences par une ancienne consommatrice de drogues. Elle dit qu'elle ressentait beaucoup de motivation.</p>
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>La discussion est développée sous forme de recommandations pour la pratique, de « guidelines ». Les auteurs reprennent les résultats et les résument : (a) des soins/services globaux demandent des efforts de collaboration de la part de l'état et de la communauté ; (b) les programmes ont besoin de temps pour établir un système de soins ; (c) <i>Outreach</i> devrait être diversifié et les travailleurs bien préparés ; (d) Une réponse rapide aux besoins des femmes doit être faite, en procédant à une évaluation complète dans les 24 heures qui suivent l'identification du problème d'addiction ; (e) Les médecins doivent être mieux informés sur les procédures à tenir en cas d'identification d'une femme enceinte qui consomme des drogues ; (f) Les programmes doivent utiliser des approches interdisciplinaires et améliorer la communication entre professionnels ; (g) Les services pour les femmes enceintes dépendantes à une ou plusieurs substances doivent être axés sur la famille ; les prestataires de soins doivent avoir une vision globale de la femme, c'est-à-dire mère, épouse, fille ; (h) Les programmes doivent répondre aux besoins spécifiques de la femme ; (i) Le trouble lié à une substance doit être considéré en tant que condition à long terme qui peut impliquer des rechutes ; (l) L'établissement des liens entre les différents services (soins en santé mentale, les soins prénataux, les services de protection de l'enfant, les services d'emploi et de formation) est nécessaire ; (m) Les programmes doivent résoudre les tensions entre les services centrés sur l'enfant et les services centrés sur la mère, en gardant à l'esprit l'objectif : la dyade mère - enfant.</p> <p>Ces résultats peuvent être utiles aux professionnels qui sont impliqués dans ces programmes dans d'autres Etats et contextes de soins. Les limites de l'étude ne sont pas exposées.</p>
Perspectives	<p>Les résultats présentés dans cette étude donnent des pistes d'action pour la pratique des professionnels travaillant dans ces programmes et dans d'autres contextes.</p>

Implications pour la pratique	<p>Cette étude, bien que dirigée par des médecins et s'adressant à diverses disciplines (de l'infirmier à l'administrateur), met en évidence les problématiques majeures liées aux femmes enceintes avec des troubles liés à une substance. De plus, les échanges entre les différentes disciplines, parfois très différentes entre elles, soulignent certains aspects de faiblesse et de force des programmes ; ces aspects doivent être connus par tous les professionnels, pour pouvoir travailler en interdisciplinarité et pour tous aller dans la même direction.</p> <p>Cette recherche procure aussi des pistes d'action très liées à la discipline infirmière. Par exemple, les femmes ont souvent une faible estime d'elles-mêmes, sentiment souvent dû à une histoire personnelle turbulente et sentiment renforcé par les représentations de la société. Aider les femmes à surmonter le sentiment de dévalorisation, à valider ce qu'elles ont vécu, à retrouver en elles-mêmes d'autres ressources, sont des interventions infirmières. Dans les résultats, une infirmière a souligné l'importance de prodiguer des soins culturellement compétents. Cet élément peut nous guider dans notre pratique infirmière. Beaucoup d'autres éléments sont susceptibles d'être utiles à notre discipline : évaluer l'état psychique, informer la femme des risques, favoriser l'éducation par les paires, aider à la réinsertion sociale et professionnelle, créer une relation de confiance.</p>
-------------------------------	--

Recherche 2: Corrarino, J.E., Williams, C., Campbell, W.S., Amrhein, E., LoPiano, L. & Kalachik D. (2000). Linking substance-abusing pregnant women to drug treatment services : a pilot program. *JOGNN*, 4, 369-376.

Résumé	
	<p>But : réaliser une étude pilote pour aider les femmes enceintes avec des troubles liés à une substance à suivre un traitement pour leur dépendance.</p> <p>Design : il s'agit d'une étude non expérimentale pour offrir aux femmes des visites à domicile par une infirmière en santé publique.</p>

	<p>Contexte : le domicile des femmes, dans le nord-ouest des Etats-Unis.</p> <p>Population : 10 femmes enceintes qui consomment des drogues et qui ne sont pas suivies pour leur dépendance.</p> <p>Intervention : fournir des visites à domicile par une infirmière en santé publique pour établir un plan de soins individualisé ciblant les besoins de chaque femme. Un conseiller en addiction était disponible. Une équipe interdisciplinaire se réunissait une fois par mois pour coordonner les services, discuter des approches thérapeutiques et des stratégies de traitement et pour apporter les changements nécessaires à effectuer dans le système.</p> <p>Principales mesures des résultats : le taux d'entrée dans un traitement pour la consommation de drogue ; la garde des enfants selon le Index Child ; le Addiction Severity Index (ASI, indice de gravité de la dépendance).</p> <p>Résultats : 90% des femmes ont entrepris un suivi pour leur consommation de drogue. Elles ont toutes accouché des nouveau-nés à terme. 80% a eu la garde de l'enfant selon l'Index Child. Au moment de l'inscription au projet, 100% des femmes avaient un score ASI montrant un problème d'alcool et de drogue qui variait entre modéré et sévère, ainsi que des problèmes psychiatriques de modérés à extrêmes pour le 89% du groupe. Des scores ASI post intervention montraient une nette amélioration.</p> <p>Conclusion : ce projet fournit des stratégies que les infirmier-e-s peuvent utiliser pour aider les femmes enceintes qui consomment de l'alcool et/ou des drogues à suivre un traitement pour leur dépendance.</p>
Introduction	

Enoncé du problème	<p>Souvent, les femmes avec un trouble lié à une substance entrent en contact pour la première fois avec le système de santé au moment de la grossesse. Les professionnels de la santé devraient reconnaître et intervenir en cas d'abus d'alcool ou de drogue. Cette étude a pour but de divulguer les interventions et les résultats d'un programme pilote créé pour aider les femmes enceintes avec des troubles liés à une substance à suivre un traitement pour leur dépendance.</p>
Recension des écrits	<p>On estime que moins de 10% des femmes enceintes qui consomment des substances toxiques sont suivies pour leur dépendance. Souvent ces femmes ne demandent pas de l'aide pour plusieurs raisons : peur de perdre la garde de l'enfant ou d'être poursuivies pénalement, elles ne se sentent pas prêtes psychologiquement, ont peur d'être jugées par les soignants, elles peuvent avoir une comorbidité psychiatrique ou encore elles peuvent être en proie au sentiment de culpabilité, au déni, à l'humiliation. D'autres estimations disent que les soignants échouent de reconnaître les symptômes de dépendance à une substance dans le 30% des cas.</p> <p>Malgré le 53% des femmes avec des troubles liés à une substance ont aussi une comorbidité psychiatrique, peu de recherches ont été faites à ce sujet. Ces femmes sont souvent atteintes d'une dépression aiguë ou chronique, troubles anxieux (attaque de panique, phobies, ...).</p> <p>Ce qui peut aussi dissuader les femmes enceintes dépendantes à une substance à chercher de l'aide, sont les obstacles pour entrer dans la plupart des programmes pour les addictions. En effet, souvent ces programmes ne fournissent pas des services pour ce type de population et ses besoins : le lien avec les soins obstétricaux, le logement pour les autres enfants, la préparation face au rôle parental, ...</p> <p>Les professionnels de la santé sont souvent dans la position d'aider ces femmes dans la décision de se faire soigner. Cependant, les soignants n'ont souvent pas les connaissances ou les compétences pour identifier et prendre en charge les femmes enceintes dépendantes à une substance ou ils ne connaissent pas les ressources à disposition. De plus, même si certaines femmes avouent leur consommation aux professionnels, elles ne sont souvent pas prêtes à se faire soigner ; le processus prend du temps et doit tenir compte de la relation de confiance qui doit se créer entre la femme et les professionnels de la santé, le moment opportun pour déclencher le changement et le non jugement des soignants. Il faut donner l'opportunité aux professionnels de la santé d'acquérir des connaissances et des compétences pour pouvoir aider ces femmes. Des programmes spécifiques aux futures mères qui consomment des drogues existent, mais ils sont conçus</p>

Cadre théorique ou conceptuel	<p>pour des femmes prêtes et motivées au changement. Les auteurs citent plusieurs recherches avec des approches et des méthodes différentes. Une recherche a été faite sur les visites à domicile chez des femmes qui consomment des drogues et leurs enfants pendant la période du post-partum. Un tiers des tentatives de visite était infructueux, après 6 mois d'intervention 50% des femmes avaient abandonné le programme et la majorité des femmes référées vers des traitements spécifiques pour la dépendance a refusé les suivis.</p> <p>Il s'agit d'une approche globale et interdisciplinaire de soins ; cette approche est utilisée par les infirmier-e-s en santé publique pour prodiguer des soins aux familles de la communauté. Le modèle d'intervention se base sur des visites à domicile. Une équipe interdisciplinaire a été constituée ; cette approche comporte: 1) la planification et les interventions pour répondre au mieux aux besoins des familles 2) la préparation de la femme au changement du comportement à risque. C'est une approche qui tient compte de la roue du changement de Prochaska et de Di Clemente et de la création d'une relation de confiance.</p>
Hypothèses	Selon les connaissances et les recherches antérieures, les auteures s'attendent à ce que le projet pilote puisse adresser les femmes enceintes dépendantes à la drogue ou à l'alcool à un service de traitement spécialisé.
Méthodes	
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude de cas quantitative non expérimentale basée sur un projet pilote.
Population et contexte	La population et le contexte sont décrits : 10 femmes enceintes avec un problème de dépendance aux drogues ou à l'alcool, provenant d'une région touchée par la pauvreté, dans le nord-ouest des Etats-Unis. Il s'agit de femmes qui n'avaient pas un suivi thérapeutique pour leur dépendance au moment du projet. Dans ce district, les infirmier-e-s en santé communautaire reportaient chaque année plus de 90 femmes qui consommaient des substances en période prénatale et qui n'étaient pas suivies par des professionnels.
Déroulement	L'ASI (Addiction Severity Index) a été utilisée comme échelle pour évaluer la gravité de la dépendance

de l'étude et collecte des données	<p>(fréquence, dose, ...).</p> <p>Ce projet a bénéficié de la collaboration de plusieurs membres de l'équipe infirmière du service de santé communautaire locale. Les femmes répondant aux critères d'admission au projet étaient identifiées par les infirmier-e-s du centre de santé communautaire de la région. Avec leur consentement, elles étaient référées à l'infirmière en santé communautaire, qui procédait à une visite à domicile. Cette visite à domicile avait pour but : un examen physique, une anamnèse détaillée, un recueil des données sur l'entourage social et familial, ses antécédents de dépendance aux drogues et une évaluation des besoins en lien avec la grossesse. L'infirmière créait avec la femme un plan de soins, en tenant compte de ses besoins et du stade dans la roue du changement. L'infirmière se basait sur la création d'une relation de confiance avec elle.</p> <p>Le nombre des visites en période prénatale se situe entre 5 et 9, avec une moyenne de 7 pour chaque femme. La fréquence des visites était déterminée individuellement par la femme et l'infirmière.</p> <p>Le projet inclut les éléments suivants, élaborés pour maximiser les chances que la femme décide de commencer un suivi thérapeutique spécifique à la dépendance et pour que le bébé naisse sain :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désignation d'une infirmière en santé communautaire - Elaboration d'un plan de visites à domicile, flexible pour que l'on puisse ajouter des visites selon les besoins - Education à la santé : à chaque visite, l'infirmière donne des informations préventives concernant la grossesse, telles que l'alimentation, les signes et symptômes de l'accouchement prématuré, ... - Un conseiller spécialisé en abus de substance était disponible pour conseiller l'infirmière et pour visiter les femmes à domicile (seul ou avec l'infirmière). L'objectif était d'évaluer les habitudes de consommation afin de développer des stratégies pour aider la femme à débiter un suivi thérapeutique. - L'ASI était administré par le conseiller pendant sa deuxième visite à domicile ; ensuite l'ASI était répété tous les 3 mois pour apprécier l'évolution de la sévérité de la dépendance. - A chaque visite l'infirmière, le conseiller et la femme identifiaient les besoins du suivi. - Si besoin, la femme était adressée aux services sociaux ou communautaires. - Un assistant social médical était disponible - L'équipe orientait la femme vers un suivi spécialisé pour la dépendance quand cette dernière se sentait prête. - Un colloque de toute l'équipe interdisciplinaire était établi une fois par mois, ou plus selon les besoins. <p>L'équipe était formée par : un directeur des soins infirmiers en santé communautaire, une infirmière en santé communautaire, le directeur des services pour les addictions du district, un conseiller superviseur spécialiste</p>
------------------------------------	--

	<p>en abus de substance, un conseiller spécialiste en abus de substance, le directeur d'un ambulatoire pour le traitement des addictions et un agent superviseur. Les membres de cette équipe se retrouvaient pour : (a) coordonner les services pour les familles impliquées dans le projet ; (b) discuter des approches thérapeutiques et les stratégies de traitement pour chaque famille, et ensuite les mettre en place ; (c) enlever les obstacles empêchant aux femmes de commencer un suivi thérapeutique pour leur dépendance ; (d) apporter les changements nécessaires dans le système socio – sanitaire dans la région ciblée ; (e) en général, les interventions étaient ciblées aux besoins des familles et des femmes, avec un accent sur le stade de changement de la femme.</p> <p>Le projet a été approuvé par le comité d'évaluation institutionnel.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>9 participantes sur 10 ont donné leur accord pour procéder à l'évaluation selon l'ASI (n=9).</p> <p>Avant l'intervention, toutes celles qui ont complété l'ASI consommaient de l'alcool et de la drogue. La sévérité de la consommation d'alcool variait entre modérée (1/9), considérable (4/9) et sévère (4/9) ; la sévérité de la prise des drogues variait entre modérée (1/9), considérable (3/9) et sévère (5/9). 8/9 avait un problème évalué entre considérable à sévère avec toutes les deux substances. Pour ce qui concerne les troubles psychiques, selon l'ASI, 1/9 a été évaluée avec des troubles légers, 3/9 modérés, 3/9 considérables, 2/9 sévères.</p> <p>Après 6 mois du début de l'intervention, la consommation d'alcool était nulle pour 2 femmes sur 9, légère pour 2/9, modérée pour 2/9, considérable pour 2/9 et sévère pour 1/9. La consommation de drogue a aussi diminuée : 4/9 ne consommaient plus de drogue, 2/9 avaient une consommation légère, 2/9 modérée et 1/9 sévère. Concernant les troubles psychiques, 6/9 n'avaient plus des troubles, 2/9 légères, 1/9 sévères.</p> <p>Le taux d'entrée des 10 femmes dans un suivi spécifique pour les troubles liés à une substance a été de 90%. 2 femmes ont débuté un suivi ambulatoire, une a commencé un traitement dans une structure fermée et 6 ont demandé d'être suivies en consultation externe. Ces 9 participantes ont accouché à terme et 8 ont conservé la garde de l'enfant.</p> <p>Les résultats sont présentés de manière claire et précise, avec un tableau résumant les scores de l'ASI avant et après l'intervention.</p>

Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les auteurs, tenant compte des résultats des recherches antérieures, s'attendaient un taux d'entrée dans un suivi thérapeutique de 10% des participantes. Les résultats de leur projet pilote les ont donc étonnés positivement. En sachant que la grossesse est un moment propice qui motive les femmes à changer de comportement, c'est difficile de dire si ces femmes auraient débuté un suivi thérapeutique malgré l'intervention des soins à domicile.</p> <p>Les auteurs retournent sur l'importance et la faisabilité du rôle infirmier dans la prévention et le traitement de l'abus de substance. Ce projet pilote soutient l'idée de recherches antérieures, qui disent que les visites à domicile par des infirmier-e-s favorisent des grossesses en santé. De plus, il démontre l'efficacité d'avoir un service de santé local qui encourage des projets communautaires innovateurs au service des familles à risque. Les infirmier-e-s et les autres professionnels de la santé ne sont souvent pas habitués à des approches spécifiques qui peuvent être utilisés pour les femmes enceintes avec des addictions. Ce projet créatif et pluridimensionnel donne un exemple sur comment atteindre les personnes dépendantes à une substance ayant besoin d'un suivi thérapeutique.</p> <p>Un feedback de la part des membres de l'équipe et des femmes a pu souligner des éléments essentiels pour la réussite du projet : la création d'une relation de confiance, une attitude non jugeant de la part de l'équipe, une bonne approche psychologique.</p> <p>Les auteurs soulignent aussi les efforts endurés par l'équipe ; les changements se sont fait sur plusieurs mois. La patience et la persévérance sont des compétences que les membres de l'équipe ont pu développer. Selon les auteurs, le caractère non expérimental de l'étude et la petite taille de l'échantillon sont des limites.</p>
Perspectives	<p>Des études contrôlées ultérieures sont nécessaires afin d'établir l'importance des interventions apportées par ce projet.</p> <p>Ce projet donne un exemple sur comment intervenir auprès des personnes dépendantes à une substance et ayant besoin d'un suivi thérapeutique spécifique. Un effort commun doit être fait entre les hôpitaux, les organismes communautaires, les professionnels spécialisés dans le domaine de la santé mentale et des addictions et les départements de santé communautaire.</p>
Implications	Les résultats sont intéressants pour la discipline infirmière ; ce projet pilote nous suggère que les soins à

pour la pratique	<p>domicile, conjointement au travail en équipe pluridisciplinaire, peuvent être une intervention efficace pour aider les femmes enceintes et dépendantes d'une substance de adhérer à un suivi thérapeutique.</p> <p>Ce projet présente une opportunité pour les infirmier-e-s d'intégrer une nouvelle façon d'intervenir auprès de cette population et de l'aider à s'engager dans un suivi thérapeutique spécifique.</p> <p>L'article est bien écrit et structuré. Le projet manque parfois de détails dans le traitement des données</p>
------------------	--

Recherche 3: Lefebvre, L., Midmer, D., Boyd, J.A., Ordean, A., Graves, L., Kahan, M. & Pantea, L. (2010). Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy. *JOGNN*, 39, 46-52.

Résumé	
	<p>But : Evaluer la perception des participants à un modèle de soins intégrés pour l'abus de substance pendant la grossesse.</p> <p>Méthodologie : Etude qualitative utilisant des groupes de discussion.</p> <p>Contexte : 2 unités de médecine familiale dans 2 grandes villes canadiennes. Ces unités spécialisées ont intégré des soins pour l'abus de substances illicites en période prénatale. Les équipes sont composées de médecins, infirmier-e-s, infirmier-e-s praticien-e-s et assistantes sociales.</p> <p>Population : Femmes ayant reçu des soins dans une de ces unités.</p> <p>Résultats : 5 thématiques principales ont émergées : jugement, communication médecin – patient, communication au sein de l'équipe, groupes de soutien et auto responsabilisation.</p>

Introduction	
Enoncé du problème	<p>La problématique est clairement définie. Les femmes enceintes avec une consommation de substances ont un investissement faible dans les soins, avec une mauvaise compliance aux soins prénataux. Pour cette raison, des réseaux de soins intégrés ont été conçus. Ces systèmes comprennent une équipe multidisciplinaire formée de : médecins, obstétriciens, psychologues, infirmier-e-s praticien-e-s, infirmier-e-s, sages-femmes, nutritionnistes et assistants sociaux. Le rôle de chaque intervenant est décrit brièvement. Les buts et la philosophie des ICM sont décrits : aider les femmes à faire le choix entre réduction ou abstinence complète des substances, les soutenir pour atteindre les objectifs fixés, réduire les méfaits de manière globale. Les rechutes sont considérées comme faisant partie du processus, des opportunités d'apprentissage, d'évolution. L'ouverture, le respect, le non jugement, la compassion sont des attitudes centrales du modèle de soins qui met la femme au centre (woman - centered model of care). Ces attitudes encouragent les femmes à s'ouvrir, à faire en sorte que la femme puisse bénéficier de soins appropriés ; ceci permet l'amélioration des résultats maternels et fœtaux et une réduction considérable des coûts.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs expliquent brièvement les méfaits conséquents à l'abus de certaines substances toxiques sur le fœtus : 1) Alcool : effet tératogène causant le SAF (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale), caractérisé par des malformations, retard de croissance, troubles neurologiques. 2) Tabac : faible poids à la naissance, avortement spontané, brusque rupture placentaire, prématurité, syndrome de mort subite du nourrisson. 3) Cannabis : conséquences à long terme sur le fœtus, comprenant déficit de l'attention et autres séquelles cognitives. 4) Cocaïne : rupture prématurée des membranes et brusque rupture placentaire conduisant à un accouchement prématuré. 5) Opiacés : avortement spontané, accouchement prématuré, restriction de croissance intra-utérine et sevrage néonatal.</p> <p>Pour chaque substance, les auteurs donnent aussi quelques chiffres épidémiologiques.</p> <p>Les auteurs décrivent les 2 unités à l'étude : Toronto Centre for Substance Use in Pregnancy (TCUP) et Herzl Family Practice Centre.</p> <p>La recension des données est donc complète et la question de recherche découle de l'état des connaissances.</p>
Cadre	Philosophie des réseaux de soins intégrés, approche multidisciplinaire, woman – centered model of care

théorique ou conceptuel	basé sur le non jugement, le respect, l'ouverture, la compassion. Cette approche sous-tend que les professionnels aident les femmes à choisir entre l'abstinence totale et la réduction de la substance. Ils respectent les choix et les accompagnent vers leurs objectifs. La réduction des risques va au-delà de la consommation de drogue mais une diminution globale de tous les risques présents dans leur vie. Les rechutes sont considérées des opportunités.
Question de recherche	Il existe déjà des études prouvant l'appréciation des femmes pour les Integrated Care Models (ICM). Quels éléments/composantes des ICM contribuent le plus à cette satisfaction ?
Méthodes	
Devis de recherche	Il s'agit d'une recherche qualitative phénoménologique. Les chercheurs ont sélectionné les femmes pour mener des groupes de discussion.
Population et contexte	<p>Pour le TCUP : La population est formée de femmes ayant reçu des soins spécifiques à la grossesse avec une consommation de substance, au TCUP, et ayant accouché entre 2004 et 2005.</p> <p>Pour le Herzl Family Practice Centre : l'échantillon est formé de femmes ayant reçu des soins spécifiques à la grossesse avec une consommation de substance, dans ce centre, et ayant accouché entre 1997 et 2005.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les groupes de discussion ont été enregistrés ; les participants ont utilisé un pseudonyme. Les groupes de discussion ont duré une heure et demie. Les participantes ont reçu un bon d'achat pour un magasin, transport pour se rendre au groupe de discussion et à manger pendant la session.</p> <p>L'analyse des données a été faite par trois auteurs. Dans un premier temps, individuellement, ils ont créé une liste de catégories. Ensuite, ils les ont mises en commun pour avoir une liste regroupant les idées de chacun. Ainsi, ils ont augmenté la fiabilité des résultats. Les chercheurs ont utilisé la technique <i>cut-and-paste</i> (copier-coller) pour attribuer chaque déclaration à une catégorie. Ce processus est important pour la crédibilité et transférabilité des résultats ; c'est essentiel de rendre compte ce qui a été dit par les participants avec exactitude.</p>

Déroulement de l'étude	<p>Les questions posées aux groupes étaient ouvertes et se concentraient sur l'expérience des soins reçus et les suggestions à donner. Un tableau expose les questions posées aux participants.</p> <p>Les instruments de collecte des données sont adéquats pour ce type de recherche qualitative, qui a pour but d'explorer l'expérience d'un groupe de personne par rapport à un phénomène spécifique.</p> <p>Les chercheurs ont obtenu le consentement des participants et l'approbation des comités d'éthique des deux établissements. Les participants ont utilisé un pseudonyme et n'ont pas donné des détails personnels particuliers. Ils ont donc préservé les droits des participants.</p> <p>Nous retrouvons les 4 phases de la procédure de recherche : phase conceptuelle (documenter la problématique, formuler les objectifs/questions/hypothèses), phase méthodologique (préciser les méthodes pour obtenir des réponses), phase empirique (collecter et analyser les données), phase d'interprétation et de diffusion (explication et communication des résultats).</p> <p>Le déroulement de l'étude est rigoureux, clair et étoffé ; les conclusions seront donc transférables.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>En tout, 19 femmes ont participé aux groupes de discussion.</p> <p>Les auteurs ont pu mettre en évidence 5 thématiques centrales :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jugement : une attitude positive et non jugeant de la part du soignant a permis aux participantes de se sentir à l'aise et d'être compliantes aux rendez-vous de suivi. Cette attitude leur a aussi permis de divulguer leur consommation de substances. Les participantes décrivent l'importance de ne pas se sentir marginalisées, traitées comme « des déchets », au contraire finalement se sentir une personne à part entière. Une femme relève l'importance d'être dans la salle d'attente avec des futures mamans sans problèmes d'abus de substance et pouvoir interagir avec elles. 2) La communication médecin – patient : les femmes comparent la communication avec les médecins des autres établissements et la communication avec les médecins du TCUP. Avant, elles ne pouvaient pas parler ouvertement de leur consommation. Souvent, les médecins leur disaient simplement

	<p>d'arrêter mais ne leur donnaient aucun outil ou contact de spécialiste auquel s'adresser. De plus, les médecins dans le réseau de soins intégrés donnaient aux femmes de précieuses informations concernant les drogues et les groupes de soutien existants. La qualité de l'information semble aussi être importante : elles ont apprécié la façon soutenant et non menaçante de communiquer les informations. Les rendez-vous de suivi étaient fréquents et ceci les a aidées à se stabiliser.</p> <p>3) La communication au sein de l'équipe : l'importance de la circulation d'information au sein des équipes de soins a été mise en évidence ; une autre force était de se référer aux collègues pour répondre aux questions et aux besoins des femmes. Concernant cet aspect, une remarque négative à un des deux centres a été faite par une femme.</p> <p>4) Groupes de soutien : les femmes ont identifié un champ d'amélioration des soins : donner la possibilité de rencontrer plus souvent des femmes avec la même problématique. Les participantes décrivent une plus grande aisance à exprimer leurs problèmes devant des gens qui ont dû traverser les mêmes expériences.</p> <p>5) Auto responsabilisation : cet élément a été mis en évidence par rapport à la législation américaine pour la protection des enfants. Cette dernière s'avère plus compréhensive et souple dans le placement de l'enfant si la femme signale volontairement l'utilisation de drogue. Cependant, des expériences négatives ont été signalées par certaines participantes ; les services sociaux n'ont pas montré beaucoup de compréhension et ont agi dans une façon punitive plutôt que encourageante.</p> <p>Les résultats sont présentés de manière claire, dans un langage accessible ; les extraits des discussions enrichissent la présentation des résultats.</p>
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les résultats sont mis en lien avec les recherches antérieures et les hypothèses de départ. Par exemple les bénéfices d'intégrer plus souvent dans les soins les groupes de soutien ont été démontrés par une étude (Svikis et al., 1998). Il a été démontré que la création de groupes de soutien et de nouveaux réseaux sociaux est un bénéfice pour les femmes, une fois qu'elles rentrent à domicile. Il a aussi été démontré que cette population préfère les ICM, comme postulé par l'hypothèse de départ.</p> <p>Les chercheurs relèvent plusieurs limites de l'étude. Premièrement, les femmes enceintes qui consomment</p>

	des drogues sont une population « transitoire », « de passage », ce qui les rend difficilement accessibles dans le recrutement. D'autres facteurs encore font que beaucoup de femmes n'ont pas pu participer, ce qui fait qu'à la fin le groupe était restreint. Un autre élément de biais est le recrutement des participantes à titre bénévole, ce qui, selon les auteurs, ne rend les résultats pas totalement généralisables. La recherche est bien écrite, structurée et suffisamment détaillée (cf. déroulement de l'étude) pour procéder à une analyse critique.
Perspectives	Malgré les limites de cette étude, les résultats peuvent être appliqués dans des autres contextes, tels que les soins prénataux ou en milieu psychiatrique, sans forcément être des réseaux de soins intégrés.
Implications pour la pratique	Malgré les limites de cette étude, les résultats peuvent être très utiles pour la pratique infirmière. Savoir ce qui a aidé ces femmes dans ce processus, nous aide à cibler nos interventions et à adopter des attitudes de non jugement, empathique, ... Un des résultats intéressant pour la discipline infirmière est la communication au sein de l'équipe interdisciplinaire, vu que dans différents contextes de soins le rôle de l'infirmier-e dans l'interdisciplinarité est celui de « pivot » au milieu de toutes les autres disciplines.

Recherche 4: Sword, W., Niccols, A. & Fan, A. (2004). "New Choices" for women with addictions: perceptions of program participants. *BMC Public Health*, 4, 1-11.

Résumé	
	Introduction : l'abus de substance pendant la grossesse est un problème de santé publique majeur. Il peut avoir des effets négatifs importants sur la grossesse, la santé et le développement du fœtus. De plus, les femmes qui consomment des substances toxiques ont déjà leurs propres problèmes de santé. Bien qu'intervenir soit important, ces femmes ont souvent des difficultés à utiliser les systèmes traditionnels de soins. New Choices est

	<p>un programme avec un système centralisé et une approche multidisciplinaire qui a essayé de surmonter les obstacles aux soins en offrant un « guichet unique » dans un environnement favorable. Pour évaluer ce programme conçu pour les femmes enceintes (ou qui viennent d'accoucher) atteintes de troubles liés à une substance, les chercheurs ont mené des entretiens pour comprendre les expériences des femmes impliquées dans New Choices ainsi que leurs perceptions sur les changements attribuables au programme.</p> <p>Méthodologie : il s'agit d'une recherche qualitative et exploratoire. 4 femmes ont participé à un groupe de discussion et 7 femmes ont donné leur accord pour des entretiens individuels (N=11). Les entretiens étaient semi dirigés. Les données issues des entretiens ont été analysées à l'aide du software NVivo avec une approche inductive.</p> <p>Résultats : les thématiques émergentes sont : la motivation d'entrer dans le programme, les avantages de la participation et en général la qualité du programme. Les bébés étaient le facteur de motivation majeur pour entrer dans le programme. Les avantages perçus incluaient la diminution de l'utilisation de drogue, une amélioration de la santé maternelle, augmentation de la possibilité d'emploi, augmentation de l'accès aux autres ressources, amélioration des compétences parentale et amélioration du comportement et du développement de l'enfant. Les femmes ont beaucoup apprécié le caractère holistique et centralisé de la prise en charge qui fournissait la possibilité de soutien formel ou informel.</p> <p>Conclusions: les résultats de entretiens approuvent la pertinence et l'efficacité d'une approche centralisée et collaborative pour la prise en charge des patientes enceintes avec des problèmes de dépendance. Cependant, des recherches ultérieures sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de cette intervention et pour mieux comprendre le processus qui sous-tend le changement de comportement.</p>
Introduction	
Enoncé du problème	Les chercheurs veulent mieux connaître les expériences des femmes au programme de « New Choices » et de comprendre quels éléments du programme ont aidé le plus les femmes à changer.
Recension	L'abus de substance pendant la grossesse est un problème de santé publique majeur. Mesurer l'incidence de

des écrits	<p>cette problématique est difficile, car les femmes très souvent ne s'auto déclarent pas. De plus, il s'agit d'une polyconsommation. Les estimations de cette problématique vont de 5% à 20%. La consommation de substance pendant la grossesse peut avoir des effets négatifs important sur la grossesse, la santé et le développement du fœtus. Les conséquences les plus fréquentes sont un poids faible à la naissance et un accouchement prématuré. La consommation de substance en période prénatale peut aussi conduire au syndrome de sevrage néonatal ; ceci est présent chez le 55%-94% des bébés exposés aux opiacés. Les enfants nés de femmes qui ont utilisé des substances pendant la grossesse sont plus exposés au retard de croissance physique et cognitive, des problèmes de comportement, et des troubles de l'apprentissage. De plus, les femmes qui consomment des drogues ont déjà leurs propres problèmes de santé et psychosociaux. Souvent elles ont une comorbidité psychiatrique, elles ont des antécédents d'abus sexuels et de violence. En outre, ces femmes ont généralement des besoins médicaux spéciaux, une mauvaise alimentation, un logement inadéquat, des difficultés relationnelles et manquent d'un soutien social significatif, d'éducation et de compétences professionnelles. Elles sont également susceptibles d'être impliquées avec le système judiciaire et avec les services pour la protection de l'enfance.</p> <p>Bien qu'intervenir soit important, ces femmes ont souvent des difficultés à utiliser les systèmes traditionnels de soins. Les soins ne sont pas accessibles à ces femmes pour plusieurs raisons : la peur de perdre la garde des enfants, la peur d'un traitement forcé ou de poursuites pénales, elles ne se sentent pas prêtes à suivre un traitement ; présence de maladie psychiatrique ; la culpabilité, le déni et/ou la honte au sujet de leur consommation de substances ; le manque de transport et / ou le manque de garde d'enfants. De plus, les attitudes négatives des professionnels de la santé et la stigmatisation dissuadent les femmes à recevoir les soins prénataux. Traditionnellement, il y a toujours eu des prises en charge séparées, une pour les soins prénataux et l'autre pour le traitement de la consommation de drogue/alcool ; il serait peut-être plus judicieux d'avoir une approche collaborative qui offre une continuité des soins pour répondre aux besoins complexes de ces femmes. Les soignants peuvent ne pas avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour identifier les abus de substances ; de plus, souvent ils n'ont pas de familiarité avec les ressources disponibles et pour la prise en charge thérapeutique. Plusieurs recherches ont montré l'importance d'une prise en charge globale, coordonnée et individualisée assurée par une équipe interdisciplinaire, formée de professionnels soutenant qui ne portent pas de jugement.</p> <p>Les auteurs décrivent le programme « New Choices ». Il est un exemple d'un système centralisé ayant une approche multidisciplinaire ; il est situé dans un grand centre urbain en Ontario, au Canada et offre un « guichet</p>
------------	--

	<p>unique » pour les femmes ayant des problèmes de consommation de substances, qui sont enceintes et / ou mères de jeunes enfants. Le programme comprend : des groupes de soutien et de <i>counseling</i> pour les dépendances, des conseils en nutrition et pour le développement des compétences, l'éducation parentale, le soutien par les paires et un programme pour les enfants. En outre, il assure les liaisons avec les soins prénataux, un médecin généraliste, les soins à domicile et d'autres services si nécessaires. Les femmes sont assistées pour qu'elles définissent elles-mêmes leurs besoins, leurs objectifs et leurs nécessités ; de plus, ce sont elles qui créent leur propre programme pour pouvoir changer. Par conséquent, le programme n'est pas défini dans une structure spécifique ou en une durée de temps déterminée. Certaines femmes restent un mois, d'autres 12 mois. L'objectif à long terme du programme est d'améliorer la santé et le bien-être des femmes et du fœtus/enfant(s) en proposant un programme flexible qui offre information, soutien, traitement, plaidoyer dans un environnement accueillant et sécurisant. Cette dernière caractéristique est essentielle pour le processus de changement pour les femmes dépendantes à une substance.</p> <p>Le programme a évalué avec des outils de mesure fiables certains éléments, à l'entrée de la patiente, à 3 et à 6 mois : l'usage de substances, le soutien social, la santé mentale, la nutrition, les compétences parentales et développement de l'enfant lors de l'entrée dans le programme.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Approche aux soins centralisée (« guichet unique ») et interdisciplinaire.
Question de recherche	Quelles ont été les expériences des femmes dépendantes aux drogues (enceintes ou ayant des bébés) au sein du programme New Choices ? Quels éléments du programme ont aidé le plus les femmes à changer ?
Méthodes	

Devis de recherche	<p>Il s'agit d'une recherche qualitative exploratoire.</p> <p>Le devis est adéquat avec la question de recherche et le phénomène étudié, car les auteurs veulent comprendre les expériences de ces femmes.</p>
Population et contexte	<p>La population est finement décrite : il s'agit de femmes entre 21 et 36 ans au moment de l'admission à New Choices. 54% étaient mariées ou un couple, 85% recevaient l'aide sociale, 25% étaient impliquées dans le système judiciaire pénal. 69% avaient déjà des enfants qui ne vivaient pas avec elles, 58% étaient impliquées dans le système des tribunaux pour la famille et 67% étaient impliquées dans les services de protection de l'enfance. Les dépendances aux substances étaient : 92% tabac, 67% alcool, 50% cannabis, 33% crack, 25% cocaïne, 17% tranquilisant et 17% barbituriques. L'âge des enfants variait de la naissance à 6 ans. En moyenne, les femmes participaient à 20 des 24 jours/3 mois offerts par le programme.</p> <p>Malheureusement, les chercheurs ne nous disent pas quel pourcentage de femmes était en période prénatale.</p>
Collecte des données et mesures	<p>4 femmes ont participé à un groupe de discussion ; elles étaient dans le programme depuis une année. 7 femmes ont donné leur accord pour des entretiens individuels (N=11), effectués à plusieurs reprises pendant l'année qui a suivi ; elles étaient dans le programme depuis 3 mois. Les entretiens, menés par un assistant de recherche, étaient semi dirigés. Ils ont été enregistrés et retranscrits. Les données issues des entretiens ont été analysées à l'aide du software NVivo avec une approche inductive. Deux chercheurs ont codé indépendamment les entretiens. D'abord ils ont utilisé une stratégie de codage ouverte pour définir les thématiques, soit en utilisant les mots exacts utilisés par le participants, soit avec un mot significatif. Ils ont ensuite continué les analyses avec un codage thématique, dans lequel les codes descriptifs ont été regroupés dans des catégories incluant des concepts ou thématiques similaires. Pour terminer, les deux chercheurs ont comparé leur codage et ils sont parvenus à un consensus pour choisir les thématiques émergentes.</p> <p>Les moyens de collecte et de mesure des données sont en adéquation avec le devis de recherche ainsi que le phénomène étudié.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche ainsi que le déroulement de l'étude sont largement décrits pour que les conclusions soient crédibles et transférables. Les droits des patients ont été respectés car les femmes ont donné leur consentement pour la participation à l'étude.</p>

Résultats	
Présentation des résultats	<p>- <u>Motivation à participer</u> : les femmes disent que leur plus grande motivation à participer à ce programme étaient les enfants. Plusieurs femmes en avaient perdu la garde, donc, en participant à ce programme, elles espéraient en reprendre la garde.</p> <p>- <u>Impact de la participation au programme sur la vie des femmes</u>: la totalité des participantes a indiqué un impact positif sur leur vie. Les thèmes majeurs ont été : diminution de l'abus de substance, amélioration de la santé mentale, physique et sociale, amélioration des compétences et connaissances parentales, possibilité accrue de trouver un emploi, majeure connaissance des ressources existantes dans la communauté et meilleur accès à ces dernières.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impact sur la consommation de substance : presque toutes les participantes au programme ont arrêté ou diminué leur consommation d'alcool et/ou de drogue, ainsi que travaillé sur la prévention de la rechute. Ce changement envers l'abus de substance a été attribué à la découverte de soi-même. Souvent, ces femmes n'ont vécu que dans l'abus de substance, elles ne connaissaient rien d'autre. Une femme dit que la dépendance est un problème qui restera toujours avec elle, mais que le programme leur apprend à mieux se préparer pour y faire face. De plus, elles ont appris à se connaître beaucoup mieux, ce qui leur permet de « ne plus tomber dans le même piège ». <p>Ecouter les expériences des autres pendant les groupes de soutien servait aux participantes de se rappeler des impacts dévastateurs que la drogue avait sur leur vie. Ecouter les autres, donnait aussi de l'espoir et de l'encouragement car les femmes voyaient les autres participantes améliorer leur vie. Savoir que les autres étaient passées par les mêmes étapes difficiles et qu'elles avaient réussi, leur donnait beaucoup de volonté. Toutes les femmes soulignent l'importance des groupes de soutien pour réaliser la nécessité d'un changement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impact sur la santé physique, mentale et sociale : un des buts du programme, est de donner de
	<ul style="list-style-type: none"> • l'empowerment aux femmes pour faire des choix sains. Le sentiment de contrôle de leur vie a été un facteur crucial dans le changement de style de vie. Les femmes ont le sentiment que elles seules ont le contrôle sur leur vie, pas les drogues, pas leurs partenaires. <p>La validation et le renforcement positif qu'elles ont reçu de la part des professionnels ont augmenté l'estime d'elles-mêmes. Elles se sont senties importantes, peut-être pour la première fois dans leur vie. Le</p>

	<p> récit d'une femme expose très bien la construction de l'estime de soi : « <i>Lentement ils renforcent l'estime de vous-mêmes. Vous pouvez avoir une mauvaise journée quand même, à condition que vous avanciez le jour après et que vous ne fassiez pas la même erreur, et que vous atteigniez l'objectif, parce que vous pouvez le faire. Et ils (les professionnels de la santé) renforcent les attitudes positives et c'est ça qu'il faut garder [...]. On peut aussi glisser dans les attitudes négatives [...] et se dire j'abandonne... mais non, ils (les professionnels de la santé) sont là pour te redonner l'attitude positive et s'assurer que tu la garde</i> ». (traduction libre de l'anglais, p. 4). Le programme a aidé les femmes aussi à avoir plus de confiance en elles-mêmes. Certaines participantes ont indiqué le renforcement de la confiance un facteur très important dans la prévention des rechutes. Même quand elles sortent avec leurs amis qui consomment des substances, elles ne donnent pas d'importances à ce qu'ils pensent ou disent, leur confiance en elles-mêmes est assez forte pour qu'elles disent non. </p> <p> Les femmes trouvent que l'amélioration de leur santé sociale les ait beaucoup aidées dans le changement de comportements à risque. Des liens entre les femmes se sont créés et ceux-ci sont des très grandes ressources sociales. De plus, ce soutien social a diminué le sentiment d'isolement et de solitude chez les participantes. Une femme souligne l'importance d'avoir quelqu'un qui écoute ce qu'elle vit en ce moment, l'importance de ne pas être seule. Selon elle, ceci doit être la base de tout changement. Maintenant, elle sait que si elle « craque », elle a un lieu où trouver des personnes qui l'écoutent. </p> <p> Pour ce qui concerne la santé physique, les participantes ont perçu la grande utilité des informations données. Elles ont reçu des informations détaillées concernant l'alimentation : comment se préparer des repas sains à des prix abordables. Une participante a déclaré que la nutrition était pour elle la clé pour surmonter sa dépendance et se sentir en bonne santé. </p> <ul style="list-style-type: none"> La parentalité : certaines femmes qui ont été interrogées ont convenu qu'elles ont acquis des connaissances sur la parentalité et appris de nouvelles compétences parentales efficaces. D'autres n'ont pas apprécié que quelqu'un lui dise comment être parent. Elles ont appris des stratégies spécifiques à utiliser avec leurs enfants, ainsi que à comprendre certains comportements des enfants. Les possibilités d'emploi : la possibilité donnée par le programme de trouver un emploi a beaucoup aidé les femmes. Ça les a aidées à augmenter l'estime d'elles-mêmes en se sentant utiles. Le sentiment d'être prête pour un emploi variait de femme à femme. Certaines ne se sentaient pas prêtes du tout car elles avaient plusieurs enfants en bas âge. L'accès aux autres services / ressources externes: les femmes interviewées ont l'impression d'avoir
--	---

	<p>maintenant plus de connaissance quant aux ressources / services externes. Elles se sentent ainsi plus indépendantes. Des exemples de services externes utilisés par les femmes sont exposés : un suivi chez un psychiatre, le centre pour les femmes au YMCA, des groupes de <i>counseling</i> pour elles ou pour les enfants qui ont été témoins de violence, les refuges pour les femmes, ...</p> <p>- <u>Impact sur les enfants</u> : les auteurs se sont intéressés aussi à savoir quel impact le programme avait eu sur les enfants de ces femmes. Les bénéfices perçus étaient surtout liés au comportement et au développement des enfants : amélioration des habilités motrices, des compétences sociales et linguistiques. Des programmes spécifiques pour les enfants étaient proposés.</p> <p>- <u>L'équipe</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les participantes ont beaucoup apprécié le soutien de l'équipe, surtout en ce qui concerne la prise de décision. C'étaient les femmes qui prenaient les décisions mais les professionnels les aidaient et les soutenaient dans leurs choix. Ils respectaient le stade de changement des femmes et leurs objectifs ; leur travail est d'aider les femmes à atteindre les objectifs posés par elles-mêmes. • La confidentialité : les participantes soulignent l'importance de la confidentialité. Elles disent que si elles n'ont pas la certitude que les professionnels ne les dénoncent pas aux services pour la protection de l'enfance, elles ne leur feront pas confiance et toute l'utilité du programme tombe. • L'approche globale du programme était très importante pour les patientes. Elles ont apprécié le fait que les professionnels ne se ciblent pas uniquement sur la consommation de substances ou sur la grossesse, mais sur toutes les problématiques qui gravitent autour d'elles : la famille, les enfants, l'argent, l'emploi, l'alimentation, les habits, ... Le programme a aussi aidé certaines femmes à regagner la garde des enfants, en donnant la preuve aux autorités de la réhabilitation à travers des analyses d'urine et des lettres de recommandation. Le modèle « guichet unique » a donc été très apprécié ; une femme dit « Vous avez toutes les prestations enveloppées en une et ça vous évite de perdre du temps à aller d'un endroit à l'autre ».
Discussion	

<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les chercheurs mettent en lien les résultats avec les recherches antérieures. Les enfants étaient le principal facteur de motivation pour la participation au programme pour les femmes enceintes et / ou avec des enfants. Ceci est congruent avec les résultats des recherches antérieures. Regagner ou maintenir la garde des enfants était souvent l'objectif principal pour les femmes. En même temps, certaines femmes étaient prudentes quant à ce qu'elles disaient aux professionnels, pour peur d'être dénoncées. Les auteurs font le lien avec la juridiction canadienne, qui oblige les professionnels de la santé à dénoncer la femme s'ils pensent que l'enfant ait besoin de protection, mais il n'y a pas le dépistage de drogues obligatoire comme aux Etats-Unis. Les femmes devraient être conscientes de l'obligation légale des professionnels de les signaler ; cependant, elles devraient aussi savoir que les services pour la protection de l'enfance ne sont pas là pour nuire au bien-être de la mère et de l'enfant en mettant fin à ses droits parentaux. Les exceptions sont quand il est clair que l'enfant est dans un environnement vraiment dangereux.</p> <p>Les résultats de cette étude ainsi que d'autres recherches, montrent que ce type de programme multidisciplinaire contribue à diminuer l'abus de substance. En effet, la réduction des drogues, est chez la femme, plus réaliste que l'abstinence totale. Les femmes ont besoin d'être soutenues dans leurs stratégies de réduction des risques ; celles-ci comprennent non seulement la diminution de la consommation de substances, mais signifient aussi faire des modifications au mode de vie et avoir recours aux soins prénataux. Par exemple, il est démontré que la nutrition chez les femmes qui consomment des drogues ou de l'alcool est mauvaise ; l'éducation à l'alimentation doit donc être un point essentiel des programmes spécifiques pour ces femmes enceintes et /ou avec des enfants.</p> <p>La conscience du choix et le sentiment de contrôle aident les femmes à l'empowerment et contribuent au rétablissement. Ceci a effectivement été démontré par cette étude. Le remodelage de l'identité, qui implique un nouveau <i>self</i> (« soi ») social et individuel, est un facteur clé dans la modification des comportements de santé. Avoir la possibilité de partager les expériences, d'obtenir des conseils et de recevoir un renforcement positif de leurs paires pourrait être particulièrement important. De nombreuses femmes avec des problèmes de dépendance sont isolées et n'ont pas des liens étroits avec la famille ou des amis ; pourtant, la création d'un réseau de soutien peut favoriser le rétablissement et stabiliser les progrès réalisés.</p> <p>Les participantes qui avaient déjà des enfants ont remarqué une amélioration dans les compétences parentales. Des recherches ont prouvé l'importance de l'éducation parentale dans le traitement des femmes enceintes dépendantes à une ou plusieurs substances. Ces recherches ont suggéré l'importance d'exposer les femmes à</p>
--	---

	<p>des modèles parentaux positifs, de les aider à répondre aux besoins de leurs enfants et à élaborer un <i>self</i> parental positif. D'autres études ont indiqué que l'éducation parentale pour cette population est perçue bénéfique, augmente l'estime de soi, ainsi que les compétences et connaissances parentales.</p> <p>Étant donné que la période de développement de l'enfant de la naissance à 5 ans est particulièrement critique, et que l'usage de substances est associé à une diminution de la stimulation parentale, il est important que les programmes incluent des possibilités pour améliorer le développement de l'enfant.</p> <p>Étant donné que la stigmatisation de la part des professionnels de la santé constitue un obstacle aux soins, il est essentiel que les programmes pour les femmes enceintes et les mères avec des problèmes d'abus de substances soient encadrés par des professionnels qui ont des attitudes de non - jugement, non punitive et culturellement et linguistiquement appropriées.</p> <p>Les chercheurs tiennent compte des limites de l'étude : 1) la petite taille de l'échantillon ; 2) au moment des entretiens, les participantes étaient à des différents stades dans le processus de traitement ; ceci peut avoir influencé les perceptions du programme ; 3) Les données se basent uniquement sur les perceptions des participantes, donc elles sont sujettes à des biais et à des distorsions dues à l'état émotionnel, au déni, ... ; 4) Les réponses données au sein du groupe de discussion sont influencées par la présence d'autres personnes. Malgré les limites, les résultats qualitatifs de cette étude sont concordent avec les résultats des recherches quantitatives.</p>
Perspectives	Des recherches futures sont nécessaires pour évaluer l'efficacité du programme en se basant sur des résultats objectifs. Différents types de mesure (consommation de substances, conditions du bébé à la naissance, utilisation des services socio – sanitaires, etc.) doivent être examinés en utilisant un devis expérimental ou quasi expérimental sur un échantillon plus large. En outre, il est nécessaire de comprendre mieux les processus qui sous-tendent les changements de comportement. Des devis quantitatifs associés aux devis qualitatifs devraient être utilisés pour comprendre de façon plus exhaustive et pour donner une orientation plus pertinente aux programmes.
Implications pour la pratique	Cette étude est très intéressante pour la discipline infirmière. Elle procure nombreuses pistes d'action / stratégies d'intervention pour l'accompagnement de cette population. La recherche souligne l'importance d'intervenir sur les nombreux facteurs psychosociaux qui gravitent autour de ces femmes. L'infirmier-e, qu'elle soit en psychiatrie ou en maternité, peut intervenir en soutenant la femme dans ces choix ou en l'adressant à des autres professionnels

	<p>(assistante sociale, nutritionniste, ...). Il est clair que certaines interventions ne peuvent entrer en considération que si inscrites dans un programme spécifique ; par contre, c'est aussi un rôle des infirmier-e-s de procurer des preuves pour mettre en place des suivis spécifiques, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. Même si la population étudiée est composée aussi de femmes non enceintes, les problématiques et les besoins liés à ces deux groupes de femmes sont très similaires.</p>
--	---

Recherche 5 : Kashiwagi, M., Sieber, S., Rechsteiner, C., Lauper, U., Zimmermann, R. & Ehlert, U. (2009). Psychological mood state of opiate addicted women during pregnancy and postpartum in comparison to non-addicted healthy women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30, 201-201.

Résumé	
	<p>Introduction : dans la littérature scientifique, il a été bien documenté que la dépendance aux opiacés a un impact négatif sur la grossesse et son issue. Le contexte psychosocial défavorable prédispose les femmes enceintes et consommatrices d'opiacés à ne pas être capables de répondre aux besoins physiologiques et psychologiques de la période prénatale.</p> <p>But : investiguer l'état psychologique des femmes dépendantes des opiacés pendant la grossesse et en post-partum, en le comparant avec celui des femmes enceintes sans dépendance.</p> <p>Méthodologie : il s'agit d'une étude de cas – témoins, longitudinal et prospectif. 9 femmes enceintes consommatrices d'opiacés et 9 femmes enceintes « saines » ont été combinées par âge, niveau de scolarité et âge gestationnel à la naissance. Elles ont été interviewées au troisième trimestre de la grossesse et en post-partum. Les chercheurs ont utilisé des questionnaires normalisés comprenant des questions sur la psychopathologie, l'état émotionnel, la perception de leur auto efficacité (<i>perceived self-</i></p>

	<p><i>efficacy expectancy</i>), l'adaptation psychologique à la grossesse et la peur de l'accouchement.</p> <p>Résultats : les femmes dépendantes aux opiacés ont atteint des scores considérablement plus hauts dans l'évaluation de la psychopathologie et l'état émotionnel avant l'accouchement, en les comparant avec le groupe de contrôle.</p> <p>Discussion : cette étude confirme l'hypothèse que les femmes enceintes consommant des opiacés ont des conditions psychologiques défavorables, par rapport à des femmes enceintes sans troubles liés à une substance.</p>
Introduction	
Enoncé du problème	<p>Les chercheurs explorent l'état psychologique des femmes enceintes et dépendantes aux opiacés pendant la grossesse et en post-partum ; ensuite, ils comparent ces résultats avec des femmes enceintes n'ayant pas des problèmes de dépendance. Ceci dans le but d'évaluer des possibles différences entre ces deux groupes afin d'améliorer les soins prénataux en cas de dépendance aux opiacés.</p>
Recension des écrits	<p>Les chercheurs parcourent brièvement les connaissances sur les éléments psychologiques et psychosociaux en lien avec la dépendance aux opiacés et la grossesse. C'est une recension des écrits succincte mais concise qui donne au lecteur un aperçu des variables étudiées.</p> <p>La dépendance aux opiacés est une condition défavorable pour faire face aux changements psychologiques qui se produisent en période prénatale et puerpérale. Par exemple, le besoin accru en méthadone pendant la grossesse peut amener à une plus grande vulnérabilité psychologique et physiologique de la femme pendant ces deux périodes. Il a été démontré que les facteurs psychosociaux, connus pour être complexes chez les femmes dépendantes aux opiacés, ont une corrélation avec la détresse émotionnelle. Cette dernière augmente les risques d'une perturbation affective dans le lien mère - enfant. De plus, le stress émotionnel pendant la grossesse est associé à des résultats défavorables de la grossesse et à un impact négatif sur le développement de l'enfant. Par conséquent, stabiliser l'état</p>

	<p>psychologique en période prénatale chez cette population est essentiel.</p> <p>Avec cette étude, les chercheurs veulent évaluer les différences entre des femmes enceintes « saines » et des femmes enceintes dépendantes aux opiacés en se basant sur leurs expériences subjectives. Ceci dans le but d'améliorer les soins chez cette population.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Détresse émotionnelle ; dépendance aux opiacés selon DSM-IV ; le <i>Symptom Check List-90R</i> pour analyser la psychopathologie et l'état émotionnel : cette échelle contient 10 sous échelles qui évaluent la somatisation, les comportements obsessionnels compulsifs, la sensibilité à autrui, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'anxiété phobique, les pensées paranoïdes et l'état psychotique ; le <i>Childbirth Self-Efficacy Inventory</i> pour évaluer le sentiment d'auto efficacité perçu (sentiment de confiance perçu par la femme envers sa capacité à faire face à l'accouchement en adoptant un comportement spécifique) ; le <i>Prenatal Self-Evaluation Questionnaire</i> pour évaluer l'adaptation psychosociale à la grossesse ; le <i>Birth Anxiety Scale</i> pour évaluer l'anxiété liée à l'accouchement.</p>
Hypothèses	<p>Les femmes enceintes dépendantes aux opiacés ont des conditions psychologiques moins favorables que les femmes enceintes non dépendantes.</p>

Méthodes	
Devis de recherche	Etude de cas – témoins, longitudinale et prospectif.
Population et contexte	<p>Le premier groupe est formé de 9 femmes enceintes auxquelles un diagnostic de dépendance aux opiacés a été posé, selon les critères du DSM-IV. Le deuxième groupe est composé de 9 femmes enceintes sans dépendance aux opiacés et en bon état de santé général ; elles ont été combinées par âge, niveau de scolarité et semaines de gestation à l'accouchement.</p> <p>L'étude s'est déroulée à l'hôpital universitaire de Zurich entre mai 2003 et avril 2004.</p>
Collecte des données et mesures	<p>9 femmes sur 16 ont donné le consentement pour la participation à l'étude. Les droits des participantes ont donc été préservés. Les femmes ont été interviewées pour la première fois entre la 28^{ème} et la 32^{ème} semaine de grossesse (troisième trimestre). Plusieurs échelles, déjà citées auparavant, ont été utilisées : le <i>Symptom Check List-90R</i>, le <i>Childbirth Self-Efficacy Inventory</i>, le <i>Prenatal Self-Evaluation Questionnaire</i> et le <i>Birth Anxiety Scale</i>. Pendant cette première interview, les chercheurs aussi ont récolté des informations sociodémographiques.</p> <p>La deuxième interview a été menée après 4-5 semaines du premier en répétant les échelles.</p> <p>Le troisième et dernier entretien a été fait au deuxième jour post-partum.</p> <p>Les résultats du premier groupe ont été comparés aux résultats du deuxième. Les chercheurs ont ensuite procédé à une analyse statistique utilisant le <i>Statistical Package for Social Sciences</i>. Ils ont ensuite appliqué le t-test ; la valeur $p < 0.05$ était à considérer significative. Le t-test est un test qui est utilisé pour tester statistiquement une hypothèse.</p>
Résultats	

<p>Traitement des données</p>	<p>Les chercheurs ont entrepris des analyses statistiques afin de répondre aux hypothèses.</p> <p>Groupe 1 (= 9 femmes enceintes dépendantes aux opiacés)</p> <ul style="list-style-type: none"> o 8 femmes sur 9 étaient sous traitement de méthadone (dosage moyen 84,3 mg). 1 femme était dans un programme de sevrage à la méthadone jusqu'à la 11^{ème} semaine de grossesse ; ensuite, elle a repris la consommation d'héroïne. 2 femmes ont réussi à se sevrer de la méthadone en cours de grossesse. o Age gestationnel à la naissance > 37 semaines : 9/9 o Age moyen : 29 o 6/9 étaient primipares o 7/9 étaient dans une relation sentimentale stable, 1 était divorcée et 1 dans une relation instable. o 8/9 étaient sous soutien psychologique o 0/9 ont suivi des cours de préparation à l'accouchement o 4/9 ont expérimenté le rooming-in après l'accouchement o Anxiété envers l'accouchement accrue ($p=0.048$) o Symptom Check List-90R : $p = 0.038$ o Global Severity Index moyen de l'échelle Symptom Check List-90R avant l'accouchement : 1.20 ± 0.62 <p>Groupe 2 (= 9 femmes enceinte « saines »)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Age gestationnel à la naissance > 37 semaines : 9/9 o Age moyen : 30 o 9/9 étaient primipares o 9/9 étaient dans une relation stable o 2/9 étaient sous soutien psychologique pour dépression et anxiété/attaque de panique o 9/9 ont suivi des cours de préparation à l'accouchement o 5/9 ont expérimenté le rooming-in après l'accouchement
-------------------------------	--

	<p>o Global Severity Index moyen de l'échelle Symptom Check List-90R avant l'accouchement : 0.58 ± 0.35</p> <p>En général : les analyses statistiques ont permis de montrer que les femmes enceintes dépendantes aux opiacés ressentait plus d'anxiété envers l'accouchement par rapport aux femmes enceintes « saines ». Aussi, l'évaluation du Symptom Check List-90R avant l'accouchement montre des scores considérablement plus hauts dans le groupe 1.</p> <p>Toutes les autres échelles n'ont montré aucun résultat significatif.</p> <p>Les principaux résultats sont présentés sous forme de tableaux, ce qui aide à la compréhension.</p>
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Cette étude confirme les hypothèses posées à partir de la littérature : les femmes enceintes dépendantes aux opiacés ont des conditions psychologiques défavorables. Avec cette étude de cas-témoins longitudinale, pour la première fois la comparaison avec des femmes enceintes non dépendante d'une substance est faite.</p> <p>Les auteurs sont surpris de voir que après l'accouchement, les scores de l'échelle Symptom Check List-90R n'avaient pas de différence entre les deux groupes. Tenant compte de la petite taille de l'échantillon, les chercheurs posent comme hypothèse que le sentiment de responsabilité et de maternage a eu un impact positif sur l'état psychologique des femmes dépendantes aux opiacés.</p> <p>Les résultats de cette étude sont peu généralisables étant donné la limite de la petite taille de l'échantillon.</p>
Perspectives	<p>Cette recherche montre le besoin d'inclure dans les soins prénataux un soutien psychologique adapté aux femmes dépendantes aux opiacés.</p> <p>Aucune femme du groupe 1 n'a participé aux cours de préparation à l'accouchement. Les auteurs trouvent important de mettre en place des cours prénataux ciblant les besoins psychologiques de cette population ; ceci permettrait d'intervenir précocement sur leurs besoins spécifiques. Les bénéfices des thérapies de groupe parentales ont déjà été démontrés par plusieurs auteurs. Des ultérieures recherches sont nécessaires pour pouvoir souligner et confirmer les besoins spécifiques des femmes enceintes</p>

Implications pour la pratique	<p>dépendantes au opiacés.</p> <p>L'étude est très concise, succincte, mais assez détaillée pour pouvoir l'analyser. Les échelles utilisées auraient pu être détaillées plus.</p> <p>Bien que le champ d'intérêt des auteurs soit la psychologie, les résultats de cette recherche sont intéressants et utiles pour l'accompagnement infirmier des femmes qui consomment des drogues. Savoir que les femmes enceintes consommant des opiacés éprouvent plus d'anxiété par rapport à l'accouchement, nous donne une piste d'action pour cibler les interventions infirmières. De plus, le fait qu'aucune femme dépendante n'a participé aux groupes de préparation à l'accouchement, peut nous faire réfléchir sur le besoin de créer des cours appropriés à cette population.</p>
-------------------------------	---

Recherche 6 : Hall, J.L. & van Teijlingen, E.R. (2006). A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 6, 1-11.

Résumé	
	<p>Contexte : la prise en charge des femmes enceintes qui consomment des drogues est de plus en plus un problème socio sanitaire dans plusieurs pays. Une clinique spécialisée dans ce domaine a été ouverte en 1997 à Aberdeen (UK). Elle offre une prise en charge multidisciplinaire et donne des conseils aux femmes enceintes qui consomment des drogues. La majorité des femmes stabilise ou réduit la consommation. En écoutant leurs besoins et opinions, les chercheurs pensent pouvoir développer des services et des stratégies de prévention plus appropriés. Il y a peu de recherche faite à ce sujet.</p> <p>Méthodologie : Etude qualitative portant sur les expériences des femmes prises en charge par cette clinique.</p>

	<p>Résultats : les femmes enceintes qui consomment des drogues préfèrent une approche multidisciplinaire (« guichet unique ») aux soins prénataux traditionnels. Les relations entre les patientes et les professionnels de la clinique ont été explorées et comparées avec les relations patiente - soignant d'un l'hôpital. Les différentes composantes de la prise en charge de la clinique (approche multidisciplinaire, soutien prénatal, ...) ont permis aux participantes de diminuer leur consommation de substances. Les aspects le plus importants indiqués par les participantes sont : attitude de non jugement, professionnalisme de l'équipe, haut niveau de soutien, informations fiables et soins interdisciplinaires intégrés.</p> <p>Conclusion : les femmes qui consomment des drogues sont généralement motivées à faire des changements de comportement pendant la grossesse. Cette étude met en évidence les besoins de ces femmes pour accéder à des informations fiables concernant l'effet des drogues sur le bébé.</p>
Introduction	
<p>Enoncé du problème</p> <p>Recension des écrits</p>	<p>Le problème à l'étude est défini : le nombre de consommatrices de drogue enceintes a beaucoup augmenté dans les dernières années. Les drogues les plus utilisées sont l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, le cannabis et les benzodiazépines. La polyconsommation est fréquente.</p> <p>L'aggravation de ce phénomène est démontrée par des chiffres très significatives : 11'472 consommateurs de drogues en 2005 sur une population d'environ 5 millions d'habitants (Ecosse). Sur 1000 femmes sortant des maternités, 6.7 sont des consommatrices de drogue (en 2002-2003).</p> <p>Les effets des opioïdes sur le fœtus sont exposés : prématurité, bas poids à la naissance, mort subite du nourrisson, petit périmètre crânien et symptômes de sevrage à la naissance.</p> <p>Sous certaines conditions, les services sociaux ont le droit de prendre la tutelle des enfants de parents avec des problèmes de dépendance. Par peur que cela arrive, il y a des femmes qui évitent tout contact avec les services prénataux. Il est donc important de fournir une prise en charge appropriée pour répondre aux besoins et garder la femme dans le réseau socio sanitaire.</p> <p>L'équipe multidisciplinaire de la clinique à l'étude, est composée par : un obstétricien, une sage-femme, une infirmière psychiatrique, un assistant social, un <i>drugs worker</i>(spécialiste dans le domaine des drogues) et un bénévole qui donne conseil et support.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le désir d'avoir un enfant sain étant grand, la grossesse chez cette population est une grande opportunité pour diminuer ou arrêter la consommation. Il est donc très important de faire en sorte que la femme reste dans le réseau de la clinique. Connaître les expériences et les opinions des femmes enceintes qui consomment des drogues est donc dans les intérêts des chercheurs.</p> <p>Approche multidisciplinaire des soins, à « guichet unique ».</p>
Méthodes	
Tradition et devis de recherche	Il s'agit d'une recherche qualitative phénoménologique. Un questionnaire a été distribué avant un entretien semi directif. C'est un devis qui correspond parfaitement à la tradition de recherche en lien avec les buts de cette étude.
Population et contexte	Population : femmes enceintes (ou ayant eu un enfant dans les 3 ans précédents) qui consomment (ou consommaient récemment) des drogues au moment de la grossesse et qui ont été prises en charge par la Aberdeen Clinic.
Collecte des données et mesures	La recherche a été approuvée par une commission d'éthique. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits avec l'accord des participantes. Un questionnaire a été distribué avant un entretien semi directif.
Déroulement de l'étude	Des entretiens semi directifs sont adéquats au phénomène étudié. De plus, ils ont eu lieu dans un contexte familial pour les femmes (à leur domicile ou à la clinique) et ils ont été conduits le plus informellement possible. Après avoir mené les entretiens, les chercheurs ont retranscrit les données directement après chaque interview. Les retranscriptions des entretiens ont été analysées par d'autres chercheurs pour garantir une concordance statistique (contrôle de fiabilité). Les auteurs ont choisi les citations directes de plusieurs femmes, car, vue le petit échantillon, il y avait le risque d'identification. Le déroulement de l'étude est

	suffisamment étayé ; les conclusions seront crédibles et transférables.
Résultats	
	<p>12 femmes entre 19 et 36 ans ont participé. Toutes sont sous traitement de substitution (méthadone). Les aspects les plus importants abordés par toutes les participantes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Attitude de l'équipe (non jugement, empathie, ...) (b) Continuité du soignant (ou membre de l'équipe) (c) Haut niveau de soutien (d) Information fiable (e) Soins intégrés et multidisciplinarité (les différentes disciplines travaillent en synergie) <p>Pour certaines participantes les aspects suivants ont aussi été des facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Gamme de présentations à la Clinique (assistante sociale et agent bénévole) (b) Les soins prénataux (équipe, environnement, sentiment de sécurité, discrétion, moment de repos) (c) Relation avec les professionnels de la santé (d) Confidentialité aide à la construction d'une bonne relation avec l'équipe (e) Grossesse vue comme une motivation, un élan à changer (f) Le soutien par un partenaire ou un parent (g) Soutien possible 24h/24h <p>Certaines femmes ont vécu des aspects négatifs en lien avec la grossesse et la consommation de drogues:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Anxiété et panique (b) Sentiment de culpabilité qui engendre une rechute dans la consommation (c) Le manque de confidentialité de la part des soignants agit comme démoralisateur (d) Dénî (e) Non identification de la grossesse <p>Les résultats sont présentés de manière claire à l'aide de tableaux résumant les résultats et donnant des exemples.</p>

Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les auteurs mettent en évidence l'importance des attitudes des professionnels dans cette approche de soins interdisciplinaire. L'attitude de non jugement a été indiquée comme facteur clé de l'accompagnement ; ceci figurait aussi dans les résultats des recherches antérieures. Les auteurs font le lien entre la création d'une relation de confiance, jugée importante par les femmes, et l'approche multidisciplinaire en « guichet unique ». En effet, cette approche de soins centralisés favorise la création d'une bonne relation car la femme voit toujours les mêmes professionnels.</p> <p>La grossesse semble être une grande opportunité pour arrêter la consommation ; en effet, les femmes, tout au long de la période prénatale, ont eu une forte motivation d'arrêter.</p> <p>D'après les résultats, les femmes qui étaient soutenues par leur mère, arrivaient à mieux maintenir les changements de comportement après la grossesse. Effectivement, une étude antérieure montre que les femmes avec un soutien de la part du partenaire ou de la mère, avaient des meilleurs résultats.</p> <p>Une limite est la taille de l'échantillon : 12 femmes.</p> <p>Un biais est la sélection des femmes, due aux contraintes éthiques.</p>
Perspectives	<p>Cette étude est généralisable à plus large échelle ; les expériences de ces 12 femmes sont d'intérêt pour la pratique clinique. Une meilleure connaissance de leurs besoins et opinions, permet le développement de services et de stratégies de prévention plus appropriés.</p> <p>Il y a peu de recherches faites à ce sujet. Les chercheurs se rendent compte des limites de l'échantillon et de la sélection de la population ; ils disent que des recherches futures avec un échantillon plus large, et donc plus représentatif, seraient intéressantes. De plus, il y a la nécessité de recherches qui évaluent le changement effectif du style de vie de ces 12 femmes.</p>
Implications pour la pratique	<p>La recherche est écrite de façon claire ; elle est bien structurée et détaillée. Les extraits des entretiens aident à mieux comprendre les sujets synthétisés par les auteurs et le vécu des femmes.</p> <p>Cette étude procure des pistes d'action utiles pour la prise en charge infirmière des femmes enceintes qui consomment des drogues. Les pistes d'action proposées ici sont surtout des attitudes à adopter pour construire une bonne relation professionnelle. L'approche interdisciplinaire mise en évidence par cette recherche est</p>

	aussi importante pour guider la pratique infirmière.
--	--

Recherche 7 : Herzig, K., Danley, D., Jackson, R., Petersen, R., Chamberlain, L. & Gerbert, B. (2006). Seizing the 9-month moment : Addressing behavioral risks in prenatal patients. *Patient Education and Counseling*, 61, 228-235.

Résumé	
	<p>But: Cette étude qualitative a pour but d'explorer les méthodes et les conseils des professionnels de soins prénataux aux femmes enceintes dans le but de diminuer ou arrêter la consommation de tabac, de drogues, d'alcool et le risque de violence domestique.</p> <p>Méthodologie : Ils ont mené 6 groupes de discussion : 5 avec des obstétriciens/gynécologues, 1 avec des infirmier-e-s praticien-e-s et infirmières spécialisées en sages-femmes. Total N=49. Ils ont utilisé des questions ouvertes. Les chercheurs ont ensuite analysé les retranscriptions.</p> <p>Résultats : Trois thèmes principaux ont émergés : (1) stratégies spécifiques à la prévention des risques pendant la grossesse ; (2) Réduction de l'isolement et évaluation de la dépression ; (3) « <i>Just keep chipping away...</i> » : réduire, éliminer progressivement les risques.</p> <p>Conclusions : Les prestataires de soins disent que réduire les comportements à risque de cette population n'est pas chose facile. Les techniques <i>patient-centered</i> (le patient au centre) et la connaissance du contexte social du patient aident la discussion. Implications pour la pratique : Une évaluation courte mais régulière des comportements à risque, prend peu de temps mais peut faire une grande différence pour le patient.</p>

Introduction	
<p>Enoncé du problème</p> <p>Recension des écrits</p>	<p>La problématique est présentée et la recension des écrits étoffée. Les conséquences de l'utilisation des drogues pendant la grossesse, ainsi que d'alcool et de tabac, sont exposées : avortement spontané, bas poids à la naissance, accouchement prématuré et troubles physiques, cognitives et comportementaux spécifiques à la substance consommée.</p> <p>Des études démontrent l'importance du rôle des professionnels de la santé dans le dépistage et dans les conseils à donner aux femmes. Cependant, il y a des obstacles à cette prise en charge : sous-estimation de l'incidence, pessimisme dans le changement des comportements à risque, le manque de temps, ...</p> <p>Etant donné que ces obstacles existent, comment les professionnels de la santé peuvent aider ces femmes à réduire les comportements à risque ?</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>Prévention des comportements à risque.</p>
<p>Question de recherche</p>	<p>Comment les professionnels de la santé peuvent aider ces femmes à réduire les comportements à risque ?</p>

Méthodes	
Tradition et devis de recherche	Il s'agit d'une recherche qualitative. Un questionnaire a été envoyé avant les rencontres pour le groupe de discussion. C'est un devis qui correspond parfaitement à la tradition de recherche en lien avec les buts de cette étude.
Population et contexte	49 professionnels de la santé : médecins gynécologue/obstétricien, infirmier-e-s praticien-e-s et infirmier-e-s avec une spécialisation de sage-femme. Les critères d'inclusion dans l'étude étaient que les professionnels de la santé, dans leur pratique quotidienne, devaient être en contact avec des femmes enceintes ayant au moins un de ces comportements à risque. Ils ont été recrutés par les chercheurs par téléphone, avec un effet en « boule de neige ». Un questionnaire a été distribué avant pour que les chercheurs aient des informations pratiques et démographiques. Les participants ont reçu une rémunération.
Collecte des données et mesures	Les données ont été recueillies grâce à 6 groupes de discussion, chacun de 6-10 participants, menés par le même modérateur (psychologue). Il posait des questions ouvertes. Chaque groupe de discussion a duré 2 heures. Les chercheurs étaient derrière un miroir sans tain et les discussions ont été enregistrées avec le consentement des participants.
Déroulement de l'étude et rigueur	<p>Plusieurs chercheurs ont retranscrits les enregistrements. Ils ont ensuite procédé à l'analyse, en identifiant les principaux thèmes et idées. Pour les coder, ils ont utilisé un style d'analyse subjectif et interprétatif, en adéquation avec le devis et la problématique de recherche.</p> <p>Les chercheurs ont reçu le consentement de la part des participants d'enregistrer les discussions. Les procédures de l'étude ont reçu l'aval de la part d'une commission éthique.</p> <p>Le déroulement de l'étude est suffisamment détaillé; les conclusions seront crédibles et transférables.</p>
Résultats	

Présentation des résultats	<p>N = 49, dont 40 médecins gynécologues/obstétriciens, 5 infirmier-e-s spécialisé-e-s sages-femmes, 3 infirmier-e-s praticien-e-s. 18 participants travaillent dans des organismes de soins intégrés, 14 dans des cabinets privés, 5 dans des hôpitaux provinciaux et 4 dans des centres académiques.</p> <p>3 thématiques principales ont été nommées par les participants, concernant les stratégies utilisées pour réduire les comportements à risque :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Méthodes de prévention pour réduire des risques spécifiques pendant la grossesse : la grossesse est un moment très propice pour la femme pour changer de comportement à risque ; les professionnels de la santé remarquent une plus grande motivation au changement et une plus grande continuité dans les soins. 5 sous thèmes ont émergés : (a) Normaliser la prévention des risques avec une approche non jugeant et bienveillante ; faire de la prévention et de l'intervention une routine dans les soins prénataux. (b) Techniques d'évaluation : questionner la patiente sur les comportements avant la grossesse pour l'encourager à répondre sincèrement sur les comportements actuels, commencer par des questions non menaçantes (« Comment va la grossesse ? »), demander si elle consomme des grandes quantités de substance (p.ex. « Est-ce que vous buvez 6 boissons par jours ? ») pour induire la patiente à dire la vérité (« Oh non, seulement 3 ! »). (c) Stratégies de conseil : encourager le sentiment de responsabilité, montrer l'échographie du bébé pour le rendre plus réel, poser des questions concrètes sur l'avenir du bébé. (d) Stratégies de réduction des méfaits du tabac. (e) Impliquer l'entourage dans le processus. 2) Réduction de l'isolement et évaluation de la dépression : aborder ce thème peut faciliter et approfondir la communication avec les femmes. L'isolement social peut générer de la honte et ainsi perpétuer ou même exacerber l'abus de substances. Des participants ont créé des groupes de soutien regroupant des femmes enceintes avec les mêmes problématiques. Ce modèle de soins, « <i>centering pregnancy</i> », a beaucoup de succès et engendre de l'empowerment au sein du groupe. 3) « Just keep chipping away... » : réduire, éliminer progressivement les risques. Le manque de temps et la complexité des situations font que les problématiques ne peuvent souvent pas être résolues comme les médecins/infirmier-e-s voudraient. Cependant, la relation qui se crée entre les professionnels de la santé et les femmes enceintes qui consomment des drogues est très puissante ; de plus, la grossesse est un moment très propice au changement. En tenant compte de ces éléments,
----------------------------	--

	<p>les professionnels de la santé peuvent profiter au maximum de ces courts moments avec leurs patientes pour poser des questions d'évaluation, donner des stratégies de réduction des risques, être soutenant. Les participants disent que parfois ils doivent réorienter les patientes vers des services plus spécialisés. Petit à petit, toutes ces stratégies aident les patientes à changer, peut-être pas tout de suite mais tôt ou tard.</p> <p>Les résultats sont présentés de manière claire à l'aide de sous chapitres. Les extraits directs des groupes de discussion aident à mieux comprendre les concepts résumés par les auteurs.</p>
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Dans les résultats, on retrouve les notions de l'intervention brève, où le professionnel de la santé donne des informations et des recommandations claires, en utilisant des attitudes soutenant, empathiques, non menaçantes et de non jugement; il propose des options et renforce la responsabilité et l'autonomie. Les participants nomment aussi plusieurs éléments de l'entretien motivationnel, où le professionnel n'essaie pas de persuader le patient à changer ; il prend en compte sa volonté et sa préparation à changer et ainsi travaille sur l'ambivalence. Ces interventions motivationnelles brèves (<i>brief motivational interventions</i>), où le soignant travaille sur la motivation du patient à changer certains comportements, ont montré des bons résultats dans plusieurs cadres de soins.</p> <p>Dans les résultats, on retrouve les notions de l'intervention brève, où le professionnel de santé donne des informations et des recommandations claires, en utilisant des attitudes soutenant, empathiques, non jugeantes et non menaçantes ; il propose des options et renforce la responsabilité et l'autonomie. Les participants nomment aussi plusieurs éléments de l'entretien motivationnel, où le professionnel n'essaie pas de persuader le patient à changer ; il prend en compte sa volonté et sa préparation à changer et ainsi travaille sur l'ambivalence. Ces interventions motivationnelles brèves (<i>brief motivational interventions</i>), où le soignant travaille sur la motivation intérieure du patient à changer certains comportements, ont montré des bons résultats dans plusieurs contextes de soins.</p>

Perspectives	<p>Les auteurs abordent la question de la dépression en période prénatale ; ils suggèrent qu'elle devrait mériter plus d'attention, car elle est un facteur de risque de la consommation de drogues, ainsi que d'autres comportements. Certains participants ont évoqué la difficulté à investiguer la dépression chez les patientes. Les auteurs suggèrent qu'une meilleure compréhension de celle-ci et de ses conséquences sur la vie des femmes pourrait faciliter l'investigation de la dépression.</p> <p>Les participants ne s'attendent pas à aboutir à une réduction brusque des risques, car ceci est un processus long et pas linéaire. Leur but est de graduellement diminuer les risques.</p> <p>Les pratiques utilisées par ces professionnels souvent en contact avec des femmes enceintes qui consomment des drogues, sont utiles pour la pratique clinique. Ceci permet le développement de pistes d'action de prévention plus concrètes et réalistes. Cependant, une généralisation n'est pas possible, vues les limites, et en même temps les richesses, de cette étude : l'échantillon dirigé (<i>purposive sampling</i>) et la méthode qualitative. Par contre, les résultats de cette étude correspondent aux résultats des enquêtes nationales faites dans ce domaine. Les expériences de ces professionnels peuvent combler les lacunes entre les guidelines et la pratique.</p> <p>La recherche est écrite de façon claire et simple à lire. Elle est bien structurée avec des sous-chapitres. Les extraits des groupes de discussion aident à mieux comprendre les sujets synthétisés par les auteurs.</p>
Implications pour la pratique	<p>Cette recherche qualitative nous propose des pistes d'action issues de la pratique quotidienne de médecins et d'infirmier-e-s travaillant avec des femmes enceintes qui consomment des substances toxiques. Même si la recherche traite plusieurs comportements à risque et que l'échantillon est dirigé, nous pouvons voir l'intérêt d'utiliser certaines de ces stratégies. D'autant plus que les participants nous donnent des phrases concrètes pour aborder certains thèmes, sur lequel des soignants sont parfois sensibles.</p>

Recherche 8 : Jones, H. E., Haug, N., Silverman, K., Stitzer, M. & Svikis, D. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 297-306.

Résumé	
	<p>But : évaluer l'efficacité des <i>escalating voucher incentive</i> (traduction libre : bons d'échange croissants incitatifs) chez des femmes enceintes sous méthadone dans le but d'éliminer l'utilisation de cocaïne et d'augmenter la participation aux thérapies ambulatoires.</p> <p>Méthodologie : il s'agit d'une étude comparative. Les femmes enceintes sous traitement de méthadone ont été assignées au hasard soit dans le groupe utilisant les bons croissants incitatifs (n=44), soit dans le groupe n'utilisant pas des conditions incitatives (n=36). La participation aux journées de thérapie et le contrôle toxicologie des urines ont été évalués et statistiquement analysés pendant 14 jours.</p> <p>Résultats : le groupe recevant des bons croissants incitatifs a augmenté considérablement l'abstinence de drogue et la participation aux thérapies, en comparaison au système non incitatif.</p> <p>Discussion : les résultats montrent que le renforcement des deux comportements concomitants (participation aux thérapies et abstinence de drogue) est efficace ; cet approche, associée au traitement à la méthadone, peut être un élément important dans la prise en charge de femmes enceintes qui consomment des drogues.</p>
Introduction	
Enoncé du problème	<p>Le problème de recherche est clairement énoncé : l'émission des bons d'échange qui augmentent de valeur si le patient résulte abstinent pour plusieurs fois consécutives, a démontré son efficacité chez les patients ambulatoires. La question que les auteurs se posent est si cette approche peut être aussi efficace dans la réduction de la consommation chez les femmes enceintes. Un deuxième but de l'étude est de évaluer l'efficacité de cibler simultanément deux comportements : la participation à un jour entier de traitement et</p>

Recension des écrits	<p>l'abstinence de drogue.</p> <p>Les auteurs commencent par exposer les chiffres de la consommation de drogue pendant la période prénatale : au moins 5.5% des femmes américaines consomment des drogues pendant la grossesse. La majorité des femmes enceintes consommatrices de drogue ne recourt pas aux soins prénataux ; par conséquent, elles sont plus susceptibles de développer des complications obstétricales. Ceci est donc un problème de santé publique.</p> <p>Jusqu'à maintenant, la méthadone a été le seul médicament approuvé comme traitement pour la dépendance à l'héroïne pendant la grossesse. Cependant, pour que la méthadone contribue à améliorer les résultats materno-fœtaux, elle doit être donnée dans un contexte de soins intégrés, globaux. L'assiduité aux soins est importante car des chercheurs ont démontré qu'elle améliore l'issue de la grossesse, pour la mère et pour le bébé.</p> <p>Outre le traitement par méthadone, des interventions non pharmacologiques doivent être envisagées; il faut donc impérativement trouver des interventions comportementales susceptibles de réduire ou éliminer la consommation de drogue chez les femmes enceintes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Une intervention encourageante dans le traitement de la dépendance aux drogues est celle du <i>contingency management</i>. Ce type de traitement non pharmacologique fait partie de l'approche comportementaliste. Les patients reçoivent des incitatifs tangibles (p.ex. de l'argent ou des biens matériels) s'ils fournissent des preuves de leur abstinence (p.ex. des analyses d'urine négatives). Un système de <i>contingency management</i> est basé sur le renforcement d'un comportement visé grâce à des vouchers. Chaque fois qu'ils atteignent un objectif, tel que fournir des analyses d'urine négatives aux drogues, les participants reçoivent un bon échangeable en biens matériels ou en services.</p> <p>Des recherches s'intéressant aux incitatifs (<i>incentive</i>) monétaires chez des femmes enceintes dépendantes à la cocaïne, ont déjà montré leur efficacité dans la réduction de la consommation. Cependant, ce sont des études avec un nombre de participants réduit et incluant uniquement des femmes cocaïnomanes.</p> <p>Des autres études ont montré l'efficacité des vouchers qui augmentent de valeur selon la participation des femmes enceintes consommant des opiacés et/ou cocaïne pendant les 7 premiers jours d'un traitement ambulatoire intense.</p>

Hypothèses	Les hypothèses sont formulées ; des recherches antérieures ont démontré l'efficacité du traitement basé sur des vouchers dans la réduction des drogues chez des patients en traitement ambulatoire ; les chercheurs émettent donc l'hypothèse que cet approche comportementale puisse être efficace aussi chez des femmes enceintes. Une deuxième hypothèse est que cette thérapie comportementale puisse aussi avoir une influence sur la participation à des journées entières de traitement.
Méthodes	
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive comparative.
Population et contexte	155 femmes enceintes admises pour la première fois dans un programme spécialisé pour l'abus de substances entre octobre 1996 et août 1997 ont été considérées des possibles participantes. Les critères d'inclusion étaient : 18 ans et plus, diagnostic selon le DSM-III-R de dépendance aux opiacés avec dépendance à la cocaïne, satisfaire les critères d'admissibilité au traitement de méthadone. Finalement, les participantes étaient 85. L'âge moyen était de 28 ans, elles étaient dans leur deuxième trimestre de grossesse, la majorité était au chômage (96%), célibataires/jamais mariées (85%), Afro-américaines (76%). Pour ce qui concerne le diagnostic selon le DSM-III-R, 100% avait une dépendance aux opiacés, 69% à la cocaïne, 10% à l'alcool et 5% à la marijuana.
Collecte des données et mesures	<p>Les instruments de collecte des données : premièrement, les chercheurs ont procédé à une batterie d'évaluation (incluant, entre autre, le Addiction Severity Index).</p> <p>Plusieurs mesures de la participation au traitement ont été comparées entre le groupe utilisant les incitatifs (groupe 1) et celui n'utilisant pas les incitatifs (groupe 2) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) le taux d'abandon du traitement résidentiel, contre l'avis médical 2) le taux de participation au traitement journalier résidentiel 3) le taux de participation au traitement journalier en ambulatoire 4) le taux de participation au traitement du 1^{er} jour au 14^{ème} jour

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>5) la « participation parfaite au traitement » a été définie comme 13 ou 14 jours de présence</p> <p>La récolte des urines était faite quotidiennement pendant les 14 jours de l'étude. Ensuite 3 fois par semaine pendant la 2^{ème} et la 3^{ème} semaine de traitement ambulatoire, et 4 fois par semaine à la 4^{ème} semaine.</p> <p>La procédure de recherche comprend plusieurs étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le comité d'évaluation a donné son approbation pour procéder à l'étude. - La durée de l'étude était de 14 jours en total, 7 jours de traitement résidentiel et 7 jours de traitement ambulatoire intensif. L'étude était insérée dans un programme de traitement plus long, formé de 7 jours de traitement en structure fermée et ensuite 30 jours de traitement ambulatoire intensif (7 jours/semaine, 6.5 heures/jour). - Les participantes ont été informées de l'étude, ont signé le consentement, et ont été attribuées au hasard à un des deux groupes : groupe utilisant des bons d'échange incitatifs (groupe incitatif, n=44) et groupe utilisant des soins standards et pas des bons d'échange incitatifs (groupe non incitatif, n=36). - Randomisation : les patientes ont été attribuées à un des deux groupes selon la couleur de la fiche qu'ils ont tiré d'un chapeau. Après chaque tirage, la fiche était remise dans le chapeau. - Pendant les premiers 7 jours, le comportement visé était la participation à au moins 4 heures par jour de thérapie de type <i>counseling</i>, individuelle ou de groupe. - Pendant les jours 8-14, les comportements visés étaient deux : participer à au moins 4 heures par jour de thérapie <i>counseling</i> et fournir un échantillon d'urine négatif à la cocaïne. - Les participantes recevaient un bon à chaque fois qu'elles participaient aux groupes de thérapie (jours 1-7) et pour la deuxième partie de l'étude, à chaque fois qu'elles participaient aux groupes de thérapie et qu'elles donnaient un échantillon d'urine négatif à la cocaïne (jours 8-14). Les bons avaient une valeur pécuniaire et pouvaient être échangés en marchandise ou en services ; les biens étaient achetés par l'équipe de recherche. - Initialement, la valeur des bons était de 5 dollars, mais pour chaque jour consécutif où la participante atteignait un comportement visé, la valeur du bon augmentait de 5 dollars. Au 14^{ème} jour, les patientes pouvaient gagner jusqu'à 70 dollars par jour. En total, une patiente pouvait arriver à gagner 525 dollars. - A chaque participante était donné un jour d'absence justifié, en raison des nombreuses contraintes
-------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - (enfants, rendez-vous avec le service social ou légal, ...) - Si une femme ne se présentait pas au minimum à 4 heures par jour de thérapie de groupe ou ses urines résultaient positives à la cocaïne, la valeur des vouchers était réinitialisée (le suivant comportement visé avait une valeur de 5 dollars) - Les présences étaient contrôlées grâce à un système de timbrage de la carte de présence. - Les urines étaient analysées avec le <i>Abuscreen On-Track RapidAssays for Drug Abuse</i>. Ce système permet de connaître immédiatement le résultat et ainsi donner le voucher aux femmes avec des analyses négatives.
Résultats	
Traitement des données	<p>Les comportements visés pour recevoir les vouchers ont été examinés tout au long des 14 jours d'étude ; ils ont été d'abord mesurés séparément pour les deux groupes, ensuite comparés.</p> <p>Les chercheurs ont appliqué l'analyse de la variance (ANOVA) pour comparer les jours de présence au traitement des deux groupes. Le Z-test a été appliqué pour comparer le pourcentage des patients qui a poursuivi le traitement ; il a été calculé à la fin de la 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} semaine de traitement. Les chercheurs expliquent aussi comment ils ont procédé pour le traitement des données manquantes (p.ex. analyse des urines). Toutes les données statistiques analysée sont considérées comme significatives si $P \leq 0.05$.</p>
Présentation des résultats	<p>1) Efficacité des vouchers sur le maintien et la participation au traitement en structure fermée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les deux groupes ne diffèrent pas dans le taux d'abandon du traitement contre avis médical. - Les participantes du groupe 1 (utilisant les vouchers) ont un taux de participation au traitement considérablement plus haut que le groupe 2 (groupe 1 : moyenne 6.9, écart type 0.3 ; groupe 2 : moyenne 6.6 écart type 0.8 ; $P \leq 0.05$). Au 7^{ème} jour la différence est encore plus remarquable, avec 97% de participation au traitement pour le groupe 1 et 68% pour le groupe 2 ($P \leq 0.05$). <p>2) Participation au traitement ambulatoire et à la totalité de l'étude :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant les 7 jours de traitement ambulatoire, les femmes du groupe 1 ont participé à 5.2 jours en moyenne (écart type 2.3) ; les jours de participation pour le groupe 2 ont été de 4.1 ($P \leq 0.05$). - Les jours de participation sur la totalité de l'étude (14 jours) ont été, pour le groupe 1, 12.1 en moyenne (écart type 2.3) et pour le groupe 2, 10.6 jours en moyenne (écart type 2.4) ($P \leq 0.05$). - En tant que groupe, les participantes recevant les vouchers ont eu une participation parfaite au traitement, alors que les femmes ne recevant pas les vouchers ont eu une faible participation (9 ou 10 jours). Ceci a été aussi démontré par une analyse statistique utilisant une régression logistique. <p>3) Résultats des analyses toxicologiques des urines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le pourcentage des échantillons d'urine manquants a été 46% pour le groupe 1 et 54% pour le groupe 2. - L'effet des bon d'échange incitatifs a été significatif sur le taux d'opiacés ($F(1.78) = 5.76$, $P \leq 0.05$) et de cocaïne ($F(1.78) = 7.05$, $P \leq 0.05$) trouvé dans les urines (jours 8-14). Les participantes dans le groupe 1 avaient des taux d'urine positive considérablement plus bas que celles du groupe 2. - Cependant, le nombre d'échantillons négatifs consécutifs ne diffère pas entre les deux groupes (4.2 en moyenne pour le groupe 1 vs. 3.9 en moyenne pour le groupe 2) ($P > 0.05$). Jusqu'à la semaine 4, les taux d'urines positives ne différaient pas dans les deux groupes (P toujours > 0.05). <p>4) Le groupe 1 a satisfait un nombre majeur de critères pour gagner les vouchers, comparé au groupe 2 (moyenne 11.3, écart type 2.7 vs. moyenne 10.2, écart type 2.6 ; $P = 0.06$), sur la totalité du traitement (jours 1-14). Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes dans le nombre de réalisation des comportements visés aux jours 8-14.</p> <p>5) Réalisation consécutive des comportements visés : pour les deux groupes, les chercheurs ont analysé le nombre majeur de jours consécutifs où les femmes ont atteint les comportements visés (participation à au moins 4 heures de thérapie et urines négatives). Une différence remarquable entre les deux groupes a été soulignée : 10.1 fois consécutives en moyenne pour le groupe 1 (écart type 3.26) et 7.8 fois consécutive en moyenne pour le groupe 2 ($P \leq 0.05$). Cette différence entre les deux groupes est beaucoup plus importante dans la phase de traitement résidentiel ; dans la phase de traitement en ambulatoire la différence diminue. Le nombre des réinitialisations du montant des vouchers a été plus grand chez le groupe 2 (moyenne 3.3, écart type 2.51) que chez le groupe 1 (moyenne 2.1, écart type</p>
--	--

	<p>2.38) ($P \leq 0.05$). Ceci sur les 14 jours de traitement.</p> <p>Les résultats sont présentés de façon claire et structurée, avec des sous-chapitres, des tableaux et des graphiques.</p>
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Dans la discussion, les auteurs mettent en lien les résultats de cette étude avec les recherches antérieures et les cadres théoriques.</p> <p>La recherche confirme l'hypothèse des auteurs : l'approche comportementale du <i>contingency management</i> basée sur des vouchers peut être une approche complémentaire au traitement à la méthadone dans la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux opiacés.</p> <p>Des recherches antérieures utilisant le <i>contingency management</i> avaient déjà démontré leur efficacité sur l'abstinence aux drogues et sur l'implication des femmes dans les soins. Cependant, c'est la première fois que des chercheurs utilisent deux comportements visés et que la participation au traitement implique non seulement un contact avec les professionnels, mais un minimum de 4 heures de présence par jour aux thérapies. Le succès d'avoir ajouté cet élément est démontré par le taux de participation du groupe 1 aux jours de traitement, qui a résulté plus haut que dans le groupe 2.</p> <p>Il y a eu une diminution des échantillons positifs aux opiacés, même si ce n'était pas un comportement visé. Ce résultat est similaire aux résultats des recherches antérieures, qui ont aussi montré que la consommation d'autres drogues illicites diminue même si elles ne sont pas explicitement ciblées par des interventions. Ceci suggère que le renforcement direct de l'abstinence aux opiacés n'est pas le seul moyen pour réduire la consommation.</p> <p>L'augmentation de la participation aux thérapies est plus évidente au dernier jour du traitement en structure fermée. Effectivement, il s'agit du jour où les femmes auraient perdu le plus d'argent potentiellement gagnable (sur les 14 jours) si elles ne participaient pas aux thérapies.</p> <p>En comparant les deux groupes, il y a peu de différence dans la participation aux thérapies pendant la période en structure fermée (jours 1-7). Les auteurs expliquent le faible impact des incitatifs par le fait que la</p>

	<p>participation était déjà très hautes dans les deux groupes, et que donc il y avait peu de possibilité d'amélioration. La forte motivation démontrée par le groupe de contrôle (groupe 2) suggère que des recherches ultérieures devraient viser d'autres comportements susceptibles d'augmenter la fréquentation aux suivis thérapeutiques pour une plus longue période ; par exemple faciliter des changements de mode de vie ou enseigner aux femmes des techniques de prévention des rechutes.</p> <p>Initialement, l'augmentation d'un seul jour et demi de participation au traitement entre le groupe de contrôle et le groupe 1, peut paraître insignifiant. Cependant, des études ont démontré que même 90 minutes de groupe de soutien ont démontré leur efficacité sur l'amélioration du pronostic maternel et fœtal.</p> <p>Les résultats concernant les jours de participation au traitement pendant la première semaine (1.1 jours de différence entre les deux groupes) et pendant la totalité du traitement (1.5 jours de différence), confirment que les stratégies comportementales sont des utiles motivateurs chez les femmes enceintes dépendantes aux drogues. La non – fréquentation du suivi prénatal chez cette population augmente le risque de rechute et péjore le pronostic maternel et fœtal. Trouver des méthodes pour augmenter la compliance aux suivis thérapeutiques conduis donc à des bénéfices cliniques et économiques.</p>
Perspectives	<p>Les auteurs mettent en évidence l'importance que le CM soit une intervention non pharmacologique. En effet, en augmentant les doses de méthadone les résultats pourraient être similaires. Les chercheurs soulignent l'importance de trouver des stratégies non médicamenteuses dans les cas où une augmentation de dose n'est pas indiquée : des raisons médicales pendant la grossesse, si le patient ne souhaite pas augmenter la méthadone ou encore si des doses déjà importantes n'empêchent pas la consommation d'opiacés. De plus, c'est un approche complémentaire à la méthadone car souvent les consommateurs d'opiacés utilisent aussi des autres drogues (p.ex. cocaïne).</p> <p>Augmenter la durée de l'intervention aurait surement des effets positifs, mais les coûts seraient considérables. Les chercheurs abordent la question du rapport coût - bénéfice en se positionnant : si cette intervention à plus long terme apporte des bénéfices pour la mère et le fœtus, les avantages globaux dépasseraient les coûts. Avec peu d'entraînement et de motivation, les professionnels de la santé peuvent être préparés pour mettre en place cette intervention. D'autres interventions basées sur le CM pourraient</p>

<p>Implications pour la pratique</p>	<p>cibler les opiacés ou des autres comportements à risque.</p> <p>L'article est bien écrit et structuré de façon logique. Il est extrêmement détaillé sous tous les aspects, ce qui permet une analyse minutieuse.</p> <p>Cette recherche procure des résultats convaincants ; malgré que les champs d'intérêts des auteurs soient la psychiatrie et l'obstétrique, les résultats sont intéressants pour la discipline infirmière. Savoir que l'approche comportementale, et plus particulièrement le CM, résulte efficace, est important pour guider les interventions infirmières. De plus, ces programmes vont peut-être de plus en plus implémentés, et c'est donc important pour les infirmiers de connaître les détails et l'efficacité de cette stratégie.</p> <p>Le choix de cette recherche a été fait car, dans la littérature concernant l'utilisation de drogue pendant la grossesse, on retrouve souvent l'approche comportementale et le <i>contingency management</i>. Je trouve que la rigueur avec laquelle cette recherche a été menée, permet de comprendre la procédure dans les détails et de se faire une idée précise de l'intervention. Les soignants pourraient être confrontés à ce type d'intervention ; il est important de comprendre son fonctionnement et son efficacité.</p>
--------------------------------------	---

Recherche 9 : Calvin, C. & Moriarty, H. (2010). A special type of « hard-to-reach » patient : experiences of pregnant women on methadone. *Journal of Primary Health Care*, 2, 61-69.

Résumé	
	<p>Introduction : en Nouvelle Zélande, les personnes dépendantes aux opiacés sont un groupe hétérogène et difficilement accessible. Cette étude explore l'expérience d'un de ces groupes difficiles d'accès : les femmes enceintes dépendantes aux opiacés. Les auteurs se concentrent sur leur interaction avec les services d'aide et les réseaux sociaux. Le but est de formuler des recommandations pour améliorer les services à cette population difficilement abordable.</p> <p>Méthodologie : les entretiens semi dirigés et un questionnaire ont été préparés. Les chercheurs ont interviewé 7 membres de l'équipe d'une clinique distribuant la méthadone et 5 femmes qui étaient enceintes au moment du traitement à la méthadone. Les chercheurs ont envoyé un questionnaire à 10 membres d'une équipe prénatale. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants.</p> <p>Résultats : les grossesses à haut risque demandent une approche multidisciplinaire, mais chez cette population « hors de portée » cela peut s'avérer difficilement réalisable. Malgré les soins primaires sont les mieux placés pour coordonner la maternité et les services de soutien de la communauté, très peu de femmes enceintes dépendantes aux opiacés ont un médecin généraliste. Les femmes peuvent percevoir l'accès aux soins entravé. Un obstacle qui les dissuade de s'engager aux soins peut être la stigmatisation. Les femmes ont aussi peur que les services aient des attitudes jugeant et qu'ils les dénoncent aux services de protection de l'enfant.</p> <p>Conclusion : une nouvelle réflexion autour de la fonctionnalité de ces services peut être bénéfique. Le concept <i>face-work</i> éclairci la fausse perception de certains services travaillant avec cette population difficile d'accès.</p>

Introduction	
Enoncé du problème	Ce projet pilote a pour but de comprendre les interactions des femmes enceintes sous méthadone avec les services d'aide et de soutien. Le but est de mieux comprendre le mode d'utilisation de ces services et de donner des conseils aux professionnels sur comment venir en aide à cette population difficilement accessible.
Recension des écrits	<p>Pour une femme enceinte dépendante aux drogues, la grossesse est souvent une période qui la motive à chercher de l'aide. Des études précédentes ont examiné les attitudes des services d'aide envers les populations difficilement accessibles. Chaque service d'assistance devrait se demander périodiquement si ces populations difficiles d'accès sont servies de manière satisfaisante, surtout quand il y a une fenêtre d'opportunité pour les atteindre.</p> <p>La méthadone pendant la grossesse est recommandée. Une dose adéquate évite l'utilisation d'autres drogues illicites, réduisant ainsi le risque de complications materno – fœtales et de contracter des maladies à transmission hématogène. Le sevrage est déconseillé en raison des risques liés au changement soudain de dose et en raison des faibles succès à maintenir l'abstinence. Les auteurs parlent aussi de la dose de sécurité à maintenir pendant la grossesse, car des idées fausses et controverses circulent. Il faut tenir compte du risque du syndrome de sevrage du bébé à la naissance, de la dose dans le lait maternel, des risques que la mère consomme des autres drogues illicites. En outre, il faut tenir compte que le volume sanguin et adipeux augmentent considérablement pendant le troisième trimestre. Il y a peu d'information concernant les problèmes psychosociaux des femmes dans ce contexte, même si des projets pilotes ont un grand impact sur la compliance thérapeutique dans plusieurs contextes de soins.</p> <p>Les consommateurs d'opiacés sont un groupe très hétérogène. Il peut s'agir de personnes vivant avec des douleurs chroniques, ou avec des problèmes psychosociaux autres, ou encore avec « simplement » une problématique de dépendance primaire. Les personnes dépendantes avec un bas statut socio-économique et vivant dans un contexte chaotique, sont moins susceptibles de s'engager dans les soins. La grossesse rajoute souvent encore plus du chaos.</p> <p>Plusieurs recherches montrent que les soins prénataux augmentent les chances d'une issue favorable pour la mère et le bébé ; cependant, les interactions difficiles entre les services de protection de l'enfance et les professionnels de la santé, sont des facteurs prédictifs d'une non utilisation des prestations de soins. Une approche multidisciplinaire avec une bonne communication entre les disciplines est souhaitable afin</p>

Cadre théorique ou conceptuel	<p>d'encourager la participation et optimiser les résultats. Néanmoins, la réalité confirme que cet idéal est difficile à obtenir. Il y a donc clairement des problèmes dans la prise en charge des femmes enceintes sous méthadone, et certaines de ces problématiques sont communes aux patients difficilement accessibles avec des dépendances chroniques récidivantes. Il y a peu d'information sur la situation en Nouvelle Zélande.</p> <p><i>Hard-to-reach patients</i> : les patients difficilement accessibles ; stigmatisation ; <i>face – work</i>. Concept de face-work (cf. annexe C)</p>
Méthodes	
Tradition et devis de recherche	<p>Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique.</p> <p>Les entretiens semi dirigés pour recueillir les données et la catégorisation pour les analyser sont des méthodes adéquates avec le devis de recherche.</p>
Population et contexte	<p>L'étude s'est déroulée dans une clinique pour le traitement de méthadone, dans une unité spécialisée dans la santé des femmes. L'équipe de la clinique pour le traitement à la méthadone qui a été interviewée, était formée de gestionnaires de cas, infirmiers et médecins.</p> <p>Les femmes sélectionnées pour l'étude étaient des patientes qui étaient enceintes au moment du programme de traitement à la méthadone, à partir de 2000.</p> <p>Les membres de l'équipe prénatale auxquels les chercheurs ont envoyé le questionnaire étaient des sages-femmes, des infirmières spécialisées en obstétrique et des infirmier-e-s gestionnaires.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Au début, une recherche documentaire a été faite pour créer un questionnaire anonyme adressé à 10 professionnels d'une clinique prénatale ayant déjà pris en charge des femmes enceintes sous méthadone.</p> <p>Les auteurs ont mené des entretiens semi structurés d'une durée de 10-30 minutes avec 7 membres de l'équipe de traitement à la méthadone. Ensuite, les professionnels de l'équipe de soins ont sélectionné des patientes qui étaient enceintes au moment du traitement à la méthadone, à partir de 2000. Les chercheurs ont ensuite interviewé les femmes, avec des entretiens semi dirigés. Les thèmes abordés dans les entretiens étaient inspirés aux questionnaires remplis par les professionnels des soins prénataux et aux entretiens avec les membres de la</p>

Déroulement de l'étude	<p>clinique pour le traitement des addictions. Les entretiens ont eu lieu dans la clinique, et les chercheurs ont donné la possibilité aux participantes d'avoir une femme présente aux entretiens. Les entretiens avec les patientes ont été menés par un chercheur en sciences médicales qui n'était pas impliqué dans la prise en charge clinique des patientes.</p> <p>Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits avec l'accord des participants. Une commission régionale pour l'éthique a donné son aval pour procéder à l'étude.</p> <p>Les entretiens semi structurés sont en adéquation avec le phénomène étudié et la question de recherche.</p> <p>La procédure de recherche est décrite : recherches documentaires, création du questionnaire, préparation des entretiens semi dirigés, récolte des données à l'aide des entretiens enregistrés, retranscription, catégorisation, Les chercheurs ont suffisamment détaillé le déroulement de l'étude pour que les conclusions soient crédibles et transférables.</p>
Résultats	
	<p>Les retranscriptions des entretiens ont permis de catégoriser les résultats.</p> <p>Résultats des entretiens et du questionnaire destinés aux professionnels de la santé :</p> <p>Tous les 7 membres de la clinique pour le traitement à la méthadone ont participé aux entretiens. Sur les 10 membres de la clinique prénatale invités et sollicités à répondre au questionnaire, 4 ont répondu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les professionnels de la santé ont indiqué la grossesse comme une grande opportunité d'accéder à cette population ; ceci est dû au fait qu'il s'agit d'une période de motivation pour les femmes enceintes sous méthadone à s'engager dans un suivi thérapeutique. Un médecin de la clinique pour le traitement à la méthadone dit : « Pendant la grossesse, les femmes tendent à avoir un sentiment de responsabilité plus prononcé ». - Le discours des membres des deux équipes (clinique prénatale et pour le traitement des dépendances) est méfiant envers le patient. Dans leur discours, ils adoptent une position antagoniste, « nous contre eux », ce qui n'est pas une position de partenariat. Ils décrivent les femmes enceintes sous méthadone moins réceptives, moins compliantes, qui prennent beaucoup plus de temps par rapport aux autres patients. Malgré ce discours, ils reconnaissent que la peur de nuire au fœtus peut effectivement motiver la femme à contrôler

	<p>la consommation, et parfois même à diminuer la dose recommandée de méthadone.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de la santé disent que si la grossesse n'est pas planifiée et arrive dans un moment où la consommation de drogue n'est pas cliniquement stabilisée, elle n'agit pas comme motivateur, mais au contraire elle ajoute du chaos à des situations qui sont souvent déjà chaotiques en elles-mêmes. Ils expliquent que la plupart des femmes provient d'un contexte familial et social très dysfonctionnel, elles ne possèdent pas les compétences de base et nécessitent de l'encadrement pour des choses basiques comme l'alimentation. - Du point de vue des professionnels, il y a un manque de soutien adéquat de la part de la famille ; pour eux, il est difficile d'impliquer la famille dans les soins, mais parfois ce sont les femmes qui ne veulent pas. Si présentes, les familles doivent souvent affronter pour la première fois et en même temps deux réalités : la dépendance aux opiacés et la grossesse. Parfois, les équipes de soins sont confrontées à des familles qui ne veulent pas que la femme enceinte prenne la méthadone. Une infirmière dit qu'il faut leur laisser du temps pour voir les bénéfices du traitement de substitution. - Il est possible que la femme demande à l'équipe de soins que la grossesse soit gardée secrète de son médecin général ou d'autres professionnels impliqués dans les soins. Souvent, les femmes ont peur de perdre la garde des enfants ; les professionnels sont donc « bloqués » et ne peuvent pas transférer les patientes vers des établissements plus adaptés. Une infirmière explique une stratégie pour aider les femmes à faire face à ce risque : elle planifie avec la femme toutes les choses qu'elle doit mettre en place pour pouvoir garder l'enfant une fois qu'elle a accouché. Il peut s'agir d'un logement stable, de ne pas utiliser d'autres drogues, etc. - Les prestataires de soins suggèrent que la réticence des femmes de s'engager dans les soins soit causée aussi par la peur d'être jugées ; cet élément est à mettre en lien avec le sentiment de culpabilité et une estime de soi déjà faible à la base. - Les professionnels reconnaissent qu'une meilleure communication et collaboration entre les différents services sociaux et sanitaires pourrait améliorer le travail interdisciplinaire. Cependant, la rotation fréquente du personnel et le sous-effectif sont des obstacles. <p>Résultats des entretiens avec les femmes :</p> <p>Sur les 8 femmes recommandées par les membres de la clinique, 5 ont été interviewées. Aucune d'entre elles n'était enceinte au moment de l'entretien. Pour des questions de confidentialité, en raison de la petite taille de</p>
--	---

	<p>l'échantillon, l'âge et l'ethnicité n'ont pas été divulgués.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes confirment la faible estime d'elles-mêmes et l'auto jugement. Elles se disent responsables pour leur consommation ; une dit qu'elle mérite d'être méprisée par les médecins et les infirmier-e-s. Les femmes ont fournis nombreux exemples des dilemmes moraux entre savoir ce qui serait juste de faire, mais agir différemment. Elles sont très ambivalentes : elles ressentent un très fort sentiment de culpabilité mais elles ne peuvent pas s'empêcher de consommer des drogues. Certaines de ces femmes ont même considéré d'avorter. - Les messages donnés par les professionnels sont parfois controverses ; certains d'entre eux minimisent les effets de l'alcool, du cannabis et du tabac, en disant aux femmes « Vous avez déjà assez de choses à régler ; n'essayez pas de tout vouloir arrêter ». - Les femmes se sentent/se sont senties très stigmatisées et jugées : par leur médecin, par les professionnels de la clinique, par les collègues de travail, par le pharmacien, ... Plusieurs témoignages exposent ces attitudes de jugement, où les femmes se sentent traitées comme des criminelles, pas comme des femmes qui désespérément besoin d'aide. Une femme dit que à la clinique prénatale, la prise en charge était très médicalisée, et elle n'arrivait pas à avoir une vraie conversation, la communication entre soignants et patients souffrait. <p>Comme décrit par les professionnels, les familles sont souvent absentes, les relations sont souvent tendues. Les relations avec les amis se dégradent aussi. Les femmes enceintes qui se font aidées par les cliniques pour les addictions ou prénatales, sont stigmatisées par les amis avec lesquels elles consommaient. Les femmes relèvent l'importance d'avoir des amis en dehors de l'abus de substances. Elles réalisent qu'elles ont très peu d'amis, et le sentiment de solitude est accru par le fait de devoir gérer seules la période de la grossesse.</p>
Discussion	

<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les auteurs reprennent les résultats des recherches antérieures qui disent que la grossesse de ces femmes doit être suivie avec une approche multidisciplinaire. Les chercheurs de cette étude, en reprenant leurs résultats, disent que la réalité du terrain est très éloignée de la prise en charge pluridisciplinaire idéale. Souvent, les femmes n'ont pas de médecin généraliste, et d'autres barrières, tels que la peur d'être jugées, font que ces femmes sont réticentes à demander de l'aide.</p> <p>Une thématique importante abordée pendant les entretiens, a été la préoccupation des femmes de perdre la garde de l'enfant. Les soignants peuvent être confrontés à des conflits intérieurs, en percevant la préoccupation des femmes, mais en se sentant obligés d'informer les autorités s'ils pensent que la mère ne soit pas capable de prendre soin de l'enfant.</p> <p>Les femmes ont reçu des informations incohérentes et contradictoires concernant la gestion de la grossesse. Ceci crée chez les femmes une confusion, une crainte et même une méfiance envers les professionnels de la santé. C'est donc important de donner des informations correctes et complètes.</p> <p>La perception de la stigmatisation est un facteur qui a eu un impact majeur sur l'engagement de ces femmes avec les services d'aide pendant leur grossesse. Cette stigmatisation provenait de la famille, des amis et des professionnels de la santé. Ceci influence non seulement le choix de la femme de se faire aider ou non par des professionnels, mais aussi l'interaction avec son entourage social. Ceci confirme les résultats des recherches antérieures montrant que la stigmatisation est une des causes majeures de la réticence de ces femmes à chercher de l'aide auprès des professionnels. Des attitudes bienveillantes de la part des professionnels de la santé peuvent aussi être mal interprétées par les femmes et être prises par stigmatisation, ce qui rend la relation soignant - soignée difficile.</p> <p>Les résultats donnent des indices des raisons de la stigmatisation perçue par les femmes : une mentalité « nous contre eux » évidente dans certains discours, manque de temps pour créer une relation de confiance, renseignements contradictoires, rendez-vous annulés au dernier moment, ... Ces éléments donnent aux femmes un sentiment d'abandon, après les efforts qu'elles ont fait pour chercher de l'aide ; elles, qui sont considérées comme une population difficilement accessible. Il incombe aux professionnels de la santé de se rendre compte s'ils adoptent des attitudes de jugement ; ils doivent comprendre que la stigmatisation peut être un obstacle aux soins.</p>
--	---

	<p>Une approche théorique est introduite pour expliquer pourquoi, parfois, les professionnels et les femmes non seulement ne comprennent pas les bonnes intentions de l'autre, mais ils mal-interprètent l'interaction. La littérature infirmière se réfère au concept de « face-work » (cf. Annexe C), concept aussi utilisé en sociologie. Dans le milieu des soins, l'importance du « face-work » a été très étudiée dans l'interaction entre infirmier – patient. Ce concept est un moyen de comprendre le contexte de l'interaction et les façons dont le soignant et le patient choisissent les modèles de langage, en se basant sur la perception des besoins apparents et des menaces apparentes, sur la culture et sur la distance sociale. Dans la relation soignant-soigné, le risque est que le besoin du soignant de garder la face soit perçu comme une menace par la patiente. Ces menaces peuvent conduire à un sentiment de stigmatisation de la femme de la part des professionnels. Etre conscient de la présence et des implications du face-work peut faciliter l'interaction avec la patiente.</p>
Perspectives	<p>Les auteurs tiennent compte de la petite taille de l'échantillon, ce qui est une limite à l'étude.</p> <p>Les auteurs exposent l'intérêt de cette recherche pour toute population qui est difficilement accessible et donnent des recommandations précises issues des résultats : travailler en interdisciplinarité en se basant sur la communication ; approfondir les craintes/réticences des patientes afin de pouvoir y répondre ; prendre conscience sur la possible stigmatisation réelle ou perçue de la patiente, et avoir la volonté d'y répondre ; prendre conscience de la présence et des implications du « face-work » dans les interactions, et utiliser le « face-work » pour faciliter l'engagement de la patiente dans les soins.</p> <p>2 études concernant cette problématique sont prévues : une s'intéressera au concept de résilience au sein des familles aux prises avec la dépendance, l'autre investiguera les interactions au sein d'un couple quand les deux partenaires sont dépendants aux opiacés.</p>
Implications pour la pratique	<p>Cette étude procure des résultats intéressants pour la discipline infirmière. Elle donne un aperçu qualitatif des obstacles aux soins perçus par les femmes enceintes qui consomment des substances. De plus, cette recherche porte l'attention sur le concept interactionniste du face-work, intéressant pour comprendre le sentiment de menace et stigmatisation de cette population.</p>

Recherche 10 : Shieh, C., Kravitz, M. (2002). Maternal-fetal attachment in pregnant women who use illicit drugs. *JOGNN*, 31, 156-64.

Résumé	
	<p>But : Explorer les dimensions cognitives, affectives et altruistes de l'attachement mère-fœtus chez les femmes enceintes qui consomment des drogues.</p> <p>Méthodologie : étude qualitative utilisant des entretiens semi-dirigés ; analyse de contenu à partir de méthodes déductives et inductives.</p> <p>Setting : Clinique prénatale d'un centre médical de soins tertiaires (hôpitaux régionaux et centraux) dans le nord-est des États-Unis.</p> <p>Participants : 40 femmes enceintes consommant des drogues après la dernière menstruation et ayant senti des mouvements fœtaux. Elles peuvent lire et parler l'anglais. Les femmes sous méthadone ont été exclues.</p> <p>Résultats :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Attachement cognitif : connaître les caractéristiques et la santé du bébé grâce aux mouvements fœtaux ; reconnaître le fœtus comme un individu avec des fonctions physiques et émotionnelles ; comparer le futur bébé à soi-même ou à un membre de la famille. 2) Attachement affectif : mélanger une profonde affection avec un sentiment de culpabilité ; percevoir les mouvements fœtaux comme un plaisir visuel et tactile. 3) Attachement altruiste : se sentir mal à l'aise vs. utile ; percevoir la grossesse comme une motivation à changer de style de vie ; lutter contre l'abus de substances et la préoccupation liée à la santé du fœtus ; alterner incertitude et espoir. <p>Conclusion : l'attachement mère fœtus ce n'est pas un phénomène qui est présent ou pas, c'est une lutte manifestée par le sentiment de culpabilité, préoccupation et incertitude. En l'absence d'un traitement et conseil</p>

	spécifique, les femmes doivent lutter contre l'ambivalence de l'utilisation de drogues et le développement d'un attachement avec leur fœtus.
Introduction	
Enoncé du problème	<p>Le phénomène étudié est clairement défini : explorer l'attachement mère fœtus chez un groupe de femmes enceintes consommant de drogues.</p> <p>Les femmes consommatrices de drogues ont souvent des difficultés à développer un attachement avec leur fœtus. Souvent, elles n'ont pas de modèle à suivre, car leur entourage a été et est petit. La problématique de la création difficile d'un lien entre mère et bébé dans ce contexte est un grand défi pour les infirmier-e-s. Pour ces raisons c'est important d'intervenir auprès de ces femmes quand les infirmier-e-s ont évalué que l'attachement peut être infructueux.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs introduisent la recherche avec une recension des données étoffée concernant l'abus de substances et l'attachement.</p> <p>En 1969, Bowlby a identifié que l'accessibilité physique et émotionnelle de la mère est l'élément central pour le développement de la personnalité et de la santé mentale. Les travaux de Rubin (1984) ont contribué à une meilleure compréhension de l'attachement mère-enfant. Il considère la grossesse comme une période de préparation pour devenir psychologiquement mère, pour accepter l'enfant comme faisant partie de son espace vital. Rubin décrit les quatre « tâches de développement » nécessaires pour l'identité du rôle maternel et pour l'attachement materno-fœtale : assurer un passage sécuritaire, se faire accepter par les autres, se lier à l'enfant et se donner soi-même.</p> <p>Cranley, en 1981, a conceptualisé que l'attachement materno-fœtal est une interaction et une affiliation entre la femme enceinte et son bébé à naître. Elle a théorisé que il y a 5 caractéristiques de l'attachement mère-enfant : la différenciation de soi à partir du fœtus, l'interaction avec le fœtus, l'attribution des caractéristiques aux fœtus, don de soi, et le rôle de prendre. A partir de cette théorie, elle a développé une échelle investiguant l'attachement mère-fœtus.</p> <p>Condon, en 1985 a identifié trois dimensions principales dans l'attachement entre mère et fœtus :</p> <p>(a) l'attachement cognitif c'est le désir de savoir, de comprendre et définir le fœtus ; ça correspond à la photographie mentale du fœtus crée par la femme enceinte</p>

	<p>(b) L'attachement affectif c'est le plaisir associé à l'interaction et au contact avec le fœtus ; palper l'abdomen, faire des monologues avec le fœtus font partie de cette dimension.</p> <p>(c) L'attachement altruiste est le désir de protéger le fœtus, de satisfaire ses besoins, suivre les soins prénataux, s'abstenir des substances tératogènes, éviter une accumulation de stress physique ou mental font partie de cette dimension. Pour Condon, cette dimension est la raison d'être de l'attachement.</p> <p>Cette théorie est le cadre choisi par les auteurs, ce qui les guide dans leur étude.</p> <p>D'après nombreuses recherches, la création de l'attachement materno-fœtal est un processus cumulatif qui se fait tout au long de la grossesse et qui est augmenté aussi grâce aux mouvements fœtaux.</p> <p>Une étude qui a exploré l'attachement mère-fœtus chez les femmes dépendantes d'une substance, suggère que meilleur est l'attachement au fœtus pendant la grossesse, plus il y a la possibilité que la femme diminue ou arrête sa consommation. Une autre recherche, utilisant l'échelle de l'attachement de Cranley, affirme que les femmes sous méthadone ont un attachement au fœtus mineurs que les femmes qui ne consomment pas des drogues.</p> <p>De nombreuses femmes qui consomment des drogues en période prénatale sont à risque de développer un attachement materno-fœtal pas optimal. Evaluer l'attachement que ces femmes ont avec leur fœtus permettrait d'intervenir précocement dans le but d'améliorer ce lien.</p> <p>Il y a peu de recherches qui explorent ce sujet auprès des femmes dépendantes aux drogues, et de plus ces recherches se concentrent sur une seule dimension de l'attachement. Par conséquent, cette recherche veut explorer l'attachement avec une approche holistique, incluant la dimension cognitive, affective et altruiste.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique utilisé par les auteurs est la théorie des trois dimensions de l'attachement, expliquées auparavant.
Question de recherche	Quel est l'attachement des femmes enceintes qui consomment des drogues avec leur fœtus ?
Méthodes	

Tradition et devis de recherche	Cette étude fait partie d'une recherche plus large qui a utilisé comme devis une triangulation méthodologique pour explorer l'attachement materno-fœtal. Le devis est l'étude phénoménologique.
Population et contexte	<p>Les participantes ont été recrutées dans une clinique prénatale d'un centre médical tertiaire dans le nord des États-Unis. 41 femmes ont été invitées et ont accepté de participer à cette étude. Cependant, une femme n'a pas complété l'interview ; ses données n'ont pas été utilisées pour l'analyse.</p> <p>Les critères d'échantillonnage étaient : des femmes enceintes qui (a) consommaient des drogues pendant la grossesse, (b) avaient senti des mouvements fœtaux pendant cette grossesse, (c) savaient lire et parler anglais. Les femmes recevant un traitement de méthadone étaient exclues.</p> <p>Sur les 40 participantes, 26 (65%) étaient afro-américaines, 7 (17,5%) étaient hispaniques, et 7 (17,5%) étaient blanches. L'âge moyen était de 26,6 ans et la tranche d'âge était de 16 à 37 ans. 22 femmes (55%) avaient un diplôme d'études secondaires ou plus et 18 (45%) n'avaient pas complété les études secondaires. 35 femmes (87,5%) étaient célibataires, 4 (10%) étaient mariées et 1 (2,5%) était séparée de son mari. 39 femmes (92,5%) recevaient une aide gouvernementale pour payer l'assurance maladie. De ces 40 femmes, 9 (22,5%) étaient primipares et 31 (77,5%) multipares, avec une moyenne de 3,78 grossesses. 18 femmes (45%) se situaient entre la 24^{ème} et la 32^{ème} semaine de gestation, 12 (30%) étaient à moins de 24 semaines et 10 (25%) étaient à plus de 32 semaines de gestation. 11 femmes (27,5%) avaient eu au moins un avortement spontané et 16 (40%) avaient un antécédent d'avortement provoqué. Les drogues utilisées par ces femmes étaient le cannabis (n = 19, 47,5%), la cocaïne (n = 17, 42,5%), et l'héroïne (n = 4, 10%).</p>
Collecte des données et mesures	Les potentielles participantes ont été référées par leurs prestataires de soins. Ces femmes ont été contactées immédiatement après leurs visites prénatales. Lors du premier contact, chaque femme a reçu une explication du but et de la procédure de l'étude. Si une femme acceptait de participer, elle signait un formulaire de consentement.
Déroulement de l'étude	Après avoir eu leur consentement, les chercheurs ont procédé avec les entretiens semi-dirigés, composés de 26 questions ouvertes. Les entretiens semi-dirigés sont adéquats avec le phénomène étudié et la question de recherche. Les femmes pouvaient interrompre l'entretien à tout moment si elles ne se sentaient pas à l'aise ou

Rigueur	<p>étaient fatiguées physiquement ou émotionnellement. Toutes les interviews ont été enregistrées. A la fin, chaque femme a reçu un sac à couches.</p> <p>Les 26 questions ouvertes ont été développées en se basant sur l'échelle Maternal-Fetal Attachment Scale de Cranley (1981) et le Prenatal Attachment Inventory de Müller (1993). Une infirmière praticienne, une femme enceinte, une mère après l'accouchement et un étudiant ont examiné les questions pour un souci de clarté.</p> <p>Les enregistrements des entretiens ont été retranscrits. Les transcriptions ont été codées. Pour analyser le contenu des entretiens, les chercheurs ont utilisé un codage inductif et déductif. Les chercheurs ont identifié les thématiques et ont ensuite catégorisées le comportement ou la réflexion de la femme soit dans la dimension cognitive, affective ou altruiste. Les grandes thématiques et les citations des femmes ont été examinées par un chercheur spécialisé en recherche qualitative.</p> <p>La fiabilité du codage des données est assurée par un système de fiabilité statistique entre les deux codeurs. La fiabilité interprétative est l'accord entre les codeurs en ce qui concerne le codage des catégories. Elle a été respectée.</p> <p>Les chercheurs ont détaillé avec précision le déroulement de l'étude. Les conclusions seront ainsi crédibles et transférables.</p>
Résultats	
	<p><u>Thématiques de l'attachement cognitif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître les caractéristiques et la santé du bébé à travers les mouvements fœtaux : les femmes comptaient sur les mouvements fœtaux pour conceptualiser les caractéristiques du bébé. Elles ont décrit les caractéristiques du bébé utilisant des termes comme actif, têtu, peu coopérant, heureux, mauvais, fort et dur. En général, avoir des mouvements fœtaux réguliers été perçu par ces femmes des éléments indiquant une grossesse normale et un bébé en pleine croissance. - Reconnaissance du fœtus comme une personne ayant des fonctions physiques et émotionnelles : les femmes décrivaient le fœtus comme un individu capable d'entendre le ton de la voix de la mère, les membres de la famille parler, crier, se disputer. Beaucoup de femmes percevaient le fœtus comme un être émotionnel capable d'éprouver de l'amour ou de la peur. - Connaître le bébé en le reliant à soi-même ou aux membres de la famille : les femmes ont indiqué qu'elles

reliaient le bébé à soi-même ou à un membre de la famille, en appelant le fœtus avec leur prénom ou le nom d'un parent. Le processus de relier le fœtus à soi ou à un membre de la famille était augmenté par les échographies ; en effet les femmes reliaient des caractéristiques physiques du fœtus à soi-même ou à un membre de la famille.

Thématiques de l'attachement affectif

- Mélanger une forte affection avec un sentiment de culpabilité : les participantes ont indiqué une forte affection pour leur bébé. Plusieurs femmes ont déclaré qu'elles ont perdu la garde des autres enfants à cause de leur utilisation de drogue. La peur de perdre de nouveau la garde de ce bébé les motivait à aimer l'enfant à naître encore plus. D'autres femmes ont dit qu'elles adoraient le bébé car elle ou il pourrait être la seule personne qui ne les trahit pas et qui lui donnerait un soutien affectif. Le sentiment de culpabilité a été souvent mentionné ; beaucoup de femmes ont dit qu'elles se sentaient coupables pour plusieurs raisons : faire du mal au fœtus avec les drogues, ne pas avoir souhaité le bébé en début de grossesse et ne pas être prêtes mentalement pour le bébé.
- Percevoir les mouvements fœtaux comme plaisir visuel et tactile, mais aussi comme inconfort : les femmes ont exprimé une grande affection envers les mouvements fœtaux. Elles appréciaient de voir le fœtus donner des coups, rouler et se tourner dans le ventre et avaient du plaisir à sentir les mouvements fœtaux. Cependant, ces mouvements n'étaient pas toujours agréables. Plusieurs femmes ont dit avoir éprouvé de l'inconfort à sentir la façon dont le bébé bougeait dans leur ventre.

Thématiques de l'attachement altruiste

- Se sentir mal à l'aise / se sentir utile : la quasi-totalité des femmes a affirmé avoir senti un certain inconfort relié à la grossesse : jambes enflées, mictions fréquentes, crampes utérines, maux de dos, brûlures d'estomac, nausées et vomissements, mobilité réduite, perturbation du sommeil, etc. Cependant, plusieurs femmes ont interprété ces malaises comme faisant partie du processus de la grossesse.
- Etre enceinte, une motivation pour faire des changements de style de vie : pendant la grossesse, certaines participantes ont essayé de diminuer temporairement la consommation de drogue, d'alcool et de cigarettes et de rester loin des environnements qui encourageaient l'usage de drogue. Certaines disaient se reposer

	<p>plus car elles avaient arrêté de faire la fête. La majorité des femmes a également dit avoir commencé une alimentation saine à base de légumes, de fruits, de lait et de jus pour que le bébé soit en bonne santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lutter contre la consommation de drogue et la préoccupation pour la santé du bébé : bien que nombreuses femmes aient arrêté de fumer ou diminué la consommation de drogues pendant la grossesse, l'abstinence n'a pas été facile. Beaucoup ont dit qu'elles ont lutté contre l'envie de consommer et ont finalement rechuté. Ces femmes ont exprimé une forte préoccupation au sujet de la santé du bébé. - Alternier entre incertitude et espoir dans la préparation de l'arrivée du bébé : certaines femmes voulaient attendre la fin de la grossesse pour préparer le nécessaire pour l'arrivée du bébé (habits, biberons, ...). De plus, plusieurs avaient des problèmes financiers. D'autres encore ont exprimé leur incertitude quant à savoir si le bébé restait en vie jusqu'au terme. Cependant, des femmes ont préservé l'espoir ; elles espéraient que le bébé naisse sain et que le sevrage soit plus facile que pour elles. <p>Pour chaque sous thème, des extraits de dialogues sont présentés dans des encadrés. Ceux-ci rendent la recherche encore plus intéressante.</p>
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les résultats de cette étude prouvent que la notion de l'attachement cognitif est un processus qui implique la connaissance du fœtus. Les mouvements fœtaux jouent un rôle primordial dans la connaissance du fœtus. A partir des mouvements fœtaux, la mère peut conceptualiser mieux les caractéristiques fœtales et mieux interagir avec le bébé.</p> <p>Les chercheurs trouvent intéressant et inattendu le fait que, parfois, les mouvements fœtaux puissent être source d'irritation pour les mères. Des recherches ultérieures devraient explorer cet aspect. Il n'est pas clair quel rôle les drogues jouaient sur cet inconfort : est-ce que c'étaient les drogues à provoquer plus de mouvements fœtaux, ou est-ce que c'étaient les sensations altérées de la femme dues aux drogues ?</p> <p>Des recherches antérieures montrent que les femmes dépendantes aux drogues ont moins de soutien familial en comparaison aux femmes enceintes non dépendantes. Dans cette étude, l'entourage familial n'a pas été évalué, mais ces femmes, en reliant les caractéristiques du bébé à des membres de la famille, ont exprimé un grand désir de présenter le bébé à son entourage. Donc, ceci nous montre que l'attachement cognitif d'une femme qui consomme des drogues comprend deux éléments : le désir de faire accepter le fœtus par son réseau social et</p>

<p>Perspectives</p>	<p>l'importance que le bébé ressemble à une personne significative pour elle.</p> <p>Le développement de l'attachement de la mère vers le fœtus est incompatible avec la consommation de drogues. Les femmes dans cette étude ont montré une lutte continue impliquant le sentiment de culpabilité, l'incertitude, et le souci pour la santé du fœtus. Ces émotions dites « compensatoires » envers l'utilisation de drogues ont été observées dans des recherches antérieures. Dans cette étude, ces émotions négatives coïncidaient avec les rechutes. Les participantes ne suivaient aucun traitement pour leur consommation de substances.</p> <p>Les limites de l'étude sont présentées : elle apporte une seule vision de l'attachement entre mère et fœtus ; les résultats reflètent les expériences d'un petit groupe.</p> <p>Des futures recherches peuvent explorer l'expérience des femmes qui n'ont pas encore senti les mouvements fœtaux, ou interviewer les femmes qui consomment des drogues longitudinalement tout au long de la grossesse. Des devis comme l'étude phénoménologique ou la théorisation ancrée, pourraient conduire à d'autres perspectives théoriques de l'attachement materno-fœtal.</p> <p>Les mouvements fœtaux sont un mécanisme important à travers lequel la femme dépendante aux drogues peut développer un attachement cognitif et affectif. Par conséquent, une évaluation prénatale et une éducation concernant les mouvements fœtaux sont essentiels dans la prise en charge. Une simple éducation prénatale regardant l'appréciation des mouvements du fœtus peut aider les femmes à en interpréter le sens. Quant une femme trouve les mouvements du fœtus désagréables, le soignant devrait investiguer plus. De plus, les professionnels de la santé devraient toujours féliciter les femmes quant elles changent des comportements à risque (diminuent la consommation, s'alimentent mieux, ...). Beaucoup de femmes se sentent extrêmement coupables envers le fœtus ; une attitude non punitive et attentionnée de la part des prestataires de soins aide ces femmes à se sentir à l'aise avec les systèmes de soins de santé.</p>
<p>Implications pour la recherche</p>	<p>Cette étude procure des résultats intéressants pour la pratique infirmière. Elle nous montre les sentiments, parfois très ambivalents, avec lesquels ces femmes doivent vivre pendant la période prénatale. Explorer l'attachement de la mère au fœtus peut augmenter la prise de conscience de la présence du bébé. Les infirmiers sont dans la position de pouvoir évaluer et explorer ce lien mère – fœtus.</p>